

Arztstempel



per Fax: 03643 559-791 oder E-Mail: sicherstellung@kvt.de

**ANTRAG auf Genehmigung zur Beschäftigung einer Praxisassistentin in der Vertragsarztpraxis nach § 32 Ärzte-ZV**

**Angaben über die Vertragsarztpraxis/das MVZ**

.....  
Name, Vorname

.....  
Fachgebiet

.....  
Praxisanschrift

Der Praxisassistent/die Praxisassistentin ist folgendem Vertragsarzt/folgender Vertragsärztin zugeordnet:

**Ich/Wir beantragen die Genehmigung einer Praxisassistentin**

vom ..... bis ..... (längstens 6 Monate) für ..... Stunden pro Woche,  
gegebenenfalls mit einer Verlängerung

vom ..... bis .....

**mit der Begründung der**

- Anstellung
- Praxisübernahme.

Erläuterungen:

.....  
.....  
.....  
.....b.w.

**Angaben über die Assistentin/den Assistenten**

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsname

.....  
Geburtstag

.....  
Geburtsort

.....  
Wohnanschrift

.....  
Staatsangehörigkeit

.....  
Telefon

.....  
Approbation als Ärztin/Arzt\* vom (tt.mm.jjjj)

.....  
durch

.....  
Facharzt/Fachärztin für (ggf. etwaiger Zeitpunkt der FA-Prüfung)

.....  
Promotion am (tt.mm.jjjj)

.....  
durch

bei Landesärztekammer in ..... gemeldet:     ja     nein

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Vertragsarzt/Vertragsärztin bzw.  
Ärztliche Leitung MVZ

\* Bitte bei nicht in der KV Thüringen registrierter Ärztin/registriertem Arzt eine amtlich beglaubigte Abschrift beifügen.