



Mitteilung über geplante Anstellung eines AiW's für Augenheilkunde in einer vertragsärztlichen Praxis/Einrichtung

1. Daten zur vertragsärztlichen Praxis/Einrichtung (Antragsteller/in)

Anrede Titel Name Vorname
Einrichtung
Straße u. Hausnr.
PLZ Ort
Telefon E-Mail

2. Daten des AiW's zur geplanten Anstellung in o.g. Praxis/Einrichtung für max. 36 Monate

Titel, Vorname, Name
Weiterbildungsbeginn Weiterbildungsende
Stundenanzahl pro Woche
Anzahl der Monate

3. Folgende Unterlagen liegen dem Antrag gesondert bei (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Kopie des Weiterbildungsvertrages (sofern bereits abgeschlossen)
 Nachweis einer gültigen Weiterbildungsermächtigung

Hinweise:

Diese Mitteilung ist notwendig, sofern der/die Arzt/Ärztin in Weiterbildung einen stationären Weiterbildungsabschnitt von max. 24 Monaten in einer Augenklinik absolviert und das Krankenhaus für diese Weiterbildungszeit an der Fördermaßnahme Weit-Blick teilnimmt. Somit soll gewährleistet sein, dass im Anschluss der AiW die restliche Weiterbildungszeit in einer vertragsärztlichen Praxis/Einrichtung in der ambulanten Versorgung absolviert.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner o.g. Angaben und dass ich die vorstehenden Hinweise zur Kenntnis genommen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Bitte Seite 1 und 2 ausfüllen!



Mitteilung über geplante Anstellung eines AiW's für Augenheilkunde in einer vertragsärztlichen Praxis/Einrichtung

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten grundsätzlich zur Abwicklung unserer Geschäftsbeziehung mit Ihnen zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen und zur Ausführung von Aufträgen. Weitere Informationen können Sie unseren Hinweisen zum Datenschutz gem. Art. 13/14 DS-GVO auf unserer Webseite www.savth.de entnehmen.

Die Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen möchte Sie in diesem Zusammenhang über Neuigkeiten und Fördermöglichkeiten telefonisch, per Post oder per E-Mail kontaktieren und beraten. Dies dient der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in Thüringen, wobei Sie über die Suche nach Praxisnachfolger:innen in Thüringen, der Förderung von Praxisneugründungen sowie zu neuen Förderprojekten im Rahmen der Weiterbildung informiert werden sollen. Dabei werden neben Ihren Stammdaten (Name, Adresse, Geburtsdatum) auch Ihre Kontakt- (Telefonnummer und E-Mail-Adresse) sowie Weiterbildungsdaten (Fachrichtung, Beginn und Ende) verarbeitet.

Zu diesem genannten Zweck möchten wir Ihre personenbezogenen Daten auch zur Datenverarbeitung an die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen und das Kompetenzzentrum Weiterbildung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8 in 99425 Weimar übermitteln.

Mit der nachfolgenden Unterschrift willige ich ein, dass die Stiftung meine personenbezogenen Daten verarbeiten sowie übermitteln darf.

Mir ist bekannt, dass

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Stiftung widerrufen kann.
- mir aus meiner Verweigerung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Nachwuchsförderung entstehen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem, dass ich die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in