



Antrag auf Förderung der Facharztweiterbildung in der Augenheilkunde (Weit-Blick)

1. Daten zum Krankenhaus

Krankenhaus

Anrede Titel Name Vorname

Straße u. Hausnr.

PLZ Ort

Telefon E-Mail

2. Daten zum/r Arzt/Ärztin in Weiterbildung zur Stellenbesetzung im Krankenhaus für den stationären Weiterbildungsabschnitt von max. 24 Monaten

Titel, Vorname, Name

Weiterbildungsbeginn Weiterbildungsende

Stundenanzahl pro Woche

Hospitationspraxis (Name/Ort)

3. Angaben zur geplanten bzw. bereits absolvierten Weiterbildungszeit des AiW's im ambulanten Weiterbildungsabschnitt von mind. 36 Monaten in einer vertragsärztlichen Praxis/Einrichtung

Anzahl der Monate (vor Beginn im Krankenhaus)

Name/Anschrift des/der Vertragsarztes/-ärztin

Anzahl der Monate (nach Beendigung im Krankenhaus)

geplante Anstellung bei Vertragsarzt/-ärztin (Name/Anschrift)
(Formular „Mitteilung über geplante Anstellung eines AiW's in einer vertragsärztlich
Praxis/Einrichtung“ beifügen (siehe Pkt. 3)

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

- Kopie des Weiterbildungsvertrages zwischen Krankenhaus und AiW
- Kopie des Hospitationsvertrages zwischen Krankenhaus, Hospitationsarzt/-ärztin und AiW
- Nachweis einer gültigen Weiterbildungsermächtigung des Krankenhauses
- Nachweis über die Stellenbesetzung von AiW's für das Jahr des Förderbeginns und des Vorjahres im Krankenhaus
- Formular „Mitteilung über geplante Anstellung eines AiW's in einer vertragsärztlichen Praxis/Einrichtung“ für die restliche Weiterbildungszeit in der ambulanten Versorgung (vom Vertragsarzt/-ärztin auszufüllen)
- Kopie des Antrages auf ein Thüringen-Stipendium (vom AiW auszufüllen)



Antrag auf Förderung der Facharztweiterbildung in der Augenheilkunde (Weit-Blick)

5. Bankverbindung des Krankenhauses

Name der Bank

IBAN BIC

Name Empfänger/in

Hinweise:

Eine monatliche Auszahlung der Förderung an das Krankenhaus erfolgt erst nach Bewilligung des Antrages sowie Erfüllung aller Voraussetzungen zu der Fördermaßnahme. Alle Bedingungen/Voraussetzungen zum Förderprogramm Weit-Blick sind im Statut geregelt/nachzulesen.

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 (Krankenhaus)

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 (Krankenhaus)