

Verbundweiterbildung^{plus}

Bestätigung für die P1-Pauschale der HzV-Partner

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätige ich, dass ich

- a) aktiv am Vertrag der **hausarztzentrierten Versorgung** (HzV) der AOK Baden-Württemberg teilnehme,
- b) eine aktuelle, gültige **Weiterbildungsbefugnis** über mindestens 12 Monate habe,
- c) eine gültige **Kooperationsvereinbarung** mit dem Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg über die Teilnahme an der Verbundweiterbildung^{plus} habe,
- d) einen Arztes/eine Ärztin in Weiterbildung aus dem Programm der Verbundweiterbildung^{plus} zum ersten Tag des Quartals, ab dem die Pauschale wirksam werden soll, beschäftige,
- e) die/den u. g. Ärztin/Arzt in Weiterbildung aus dem Programm Verbundweiterbildung^{plus} für die vereinbarten **Schulungstage** der Verbundweiterbildung^{plus} frei stelle,
- f) ich bereits an einem **Train-the-Trainer-Kurs** der Verbundweiterbildung^{plus} teilgenommen habe bzw. innerhalb der 6 Monate ab Beschäftigungsverhältnis mit dem/der Arzt/Ärztin teilnehmen werde,
- g) ich das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg gegebenenfalls über eine **vorzeitige Beendigung** des u. g. Beschäftigungsverhältnis informieren werde.

Mir ist bekannt, dass eine Vergütung des Zuschlages auf die Pauschale P1 erst nach Erfüllung aller oben genannten Punkte (rückwirkend) erfolgt.

Angaben zum Arzt in Weiterbildung (bitte in Blockschrift)

Nachname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)

		.			.								
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Auftaktveranstaltung am:

_____/_____
Monat / Jahr

Unterschrift Arzt in Weiterbildung

Ort und Datum

Angaben zum Weiterbildungsbefugten (Bitte in Blockschrift)

Nachname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)

		.			.														
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BSNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Train the Trainer am:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Monat / Jahr
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis (Weiterbildungsverhältnis)

Beginn (tt.mm.jjjj)

		.			.														
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ende (tt.mm.jjjj)

		.			.														
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datenschutzerklärung

Wir erklären uns durch Abgabe dieser Erklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden:

- Die hier angegebenen Daten (Name, Adresse, etc.) werden vom Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg an den Abrechnungsdienstleister der AOK Baden-Württemberg (AOK) und an die AOK übermittelt.
- Die AOK erhält von dem Abrechnungsdienstleister die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg informiert die AOK und den Abrechnungsdienstleister der AOK Baden-Württemberg über eine etwaige Beendigung des Weiterbildungsverhältnisses oder der Verbundweiterbildung^{plus}.

Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften im Auftrag der AOK.

 Unterschrift Weiterbildungsbefugter

 Ort und Datum

--

Stempel der Arztpraxis/BAG