

KWBW 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 Weiterbildung Baden-Württemberg (KWBW) über die Teilnahme an der KWBW Verbundweiterbildung^{plus} (zuvor Verbundweiterbildung^{plus}) habe,
- d) einen Arzt/eine Ärztin in Weiterbildung aus dem Programm der KWBW 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 KWBW Verbundweiterbildung^{plus} für die vereinbarten **Seminartage** der KWBW Verbundweiterbildung^{plus} freistelle,
- f) ich bereits an einem **Train-the-Trainer-Seminar** der KWBW Verbundweiterbildung^{plus} teilgenommen habe bzw. innerhalb der 6 Monate ab Beschäftigungsverhältnis mit dem/der Arzt/Ärztin teilnehmen werde,
- g) ich das Kompetenzzentrum Weiterbildung Baden-Württemberg (KWBW) gegebenenfalls über eine **vorzeitige Beendigung** des u. g. Beschäftigungsverhältnis informieren werde.

Die Erfüllung der Anforderungen b) bis f) wird von der Administration der KWBW Verbundweiterbildung^{plus} überprüft. Mir ist bekannt, dass eine Vergütung des Zuschlages auf die Pauschale P1 erst nach Erfüllung aller oben genannten Punkte und der schriftlichen Antragsstellung (rückwirkend) erfolgt. Die Auszahlung des Zuschlags für den Arzt in Weiterbildung erfolgt ein Quartal später durch die HÄVG. Für Rückfragen zur Auszahlung ist die HÄVG verantwortlich.

Angaben zum Arzt in Weiterbildung (Bitte in Blockschrift)

Nachname

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

Vorname

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

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)

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

Auftaktveranstaltung am:

(Monat/Jahr)

Ort und Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin in Weiterbildung

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 – nutzungs-Vorgängen einverstanden:

- Die hier angegebenen Daten werden vom Kompetenzzentrum Weiterbildung Baden-Württemberg (KWBW) 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 Weiterbildung Baden-Württemberg (KWBW) informiert die AOK und den Abrechnungsdienstleister der AOK Baden-Württemberg über eine etwaige Beendigung des Weiterbildungsverhältnisses oder der Kooperation im Programm der KWBW Verbundweiterbildung^{plus}.

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

Ort und Datum

Unterschrift Weiterbildungsbefugter

--

Stempel der Arztpraxis/BAG