

per E-Mail an: [zulassung@kvsh.de](mailto:zulassung@kvsh.de)

## **ANTRAG auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Entlastungsassistenten**

Neuantrag

Verlängerungsantrag

### **Antragsteller:**

--

### **I Angaben zum Entlastungsassistenten:**

Name					
Vorname					
aktuelle Privatanschrift	PLZ, Ort				
	Straße, Nr.				
Kopien von: <ul style="list-style-type: none"><li>• Approbationsurkunde</li><li>• Facharztanerkennung</li></ul>	<input type="checkbox"/> sind beigefügt <input type="checkbox"/> werden nachgereicht <input type="checkbox"/> Der/Die Assistent/in ist im Arztregister der KVSH eingetragen, bitte nehmen Sie dort Einsicht.				

### **II Zeitraum:**

vom _____	bis _____.
-----------	------------

### **III Gründe für die Entlastung → erforderliche Unterlagen**

	liegt/lag bereits vor	ist beigefügt	wird nachgereicht
Erziehungszeiten von Kindern → Geburtsurkunde/n des Kindes/der Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung der Versorgung (z. B. Krankheit, Versorgungsengpass) → Attest (bei Krankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege eines nahen Angehörigen (maximal 6 Monate) → Bescheinigung über die Erteilung einer Pflegestufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **IV bei Berufsausübungsgemeinschaften:**

Die Assistenz soll folgendem Arzt zugeordnet werden: _____.
---

### **V Bemerkungen/Hinweise:**

--

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Antragsteller  
(bei BAG alle Mitglieder)