

Teilnahmeerklärung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte

zum Beitritt zum

Praxisnetz Pädiatrie Nordwest

Das Praxisnetz Pädiatrie Nordwest ist ein Verbund weiterbildungsermächtigter niedergelassener Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in Niedersachsen und Bremen, die in der ambulanten Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen tätig sind und ihren Patienten die bestmögliche medizinische Versorgung bieten möchten.

Gemeinsam mit den Kinderkliniken wollen wir im Pädiatrischen Weiterbildungsverbund Nordwest eine kontinuierliche und vollständige Weiterbildung im Fachgebiet Pädiatrie für die gesamte Weiterbildungszeit von fünf Jahren anbieten, um die Weiterbildung im Fachgebiet Pädiatrie für die/den Ärztin/Arzt in Weiterbildung attraktiver zu gestalten. Damit wird ein Beitrag geleistet, die ambulante pädiatrische Versorgung langfristig zu sichern.

Ich erkläre hiermit verbindlich meinen Beitritt zum Praxisnetz Pädiatrie Nordwest.

Die Inhalte der Vereinbarung zur Verbundweiterbildung sind mir bekannt, insbesondere meine Verpflichtungen gem. § 4 (Einstellung), § 5 (Vergütung, Urlaub), § 6 (Fortbildung), § 7 (Informationspflicht) und § 8 (Laufzeit und Beendigung des Vertrages).

Ich verpflichte mich zur Einhaltung der im Vertrag beschriebenen Vorgehensweisen und Regelungen.

Die Genehmigung zur Beschäftigung eines Assistenten nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV durch die KVN bzw. KVHB wird im Bedarfsfall beantragt.

Das Profil meiner Praxis habe ich in der Anlage standardisiert beschrieben. Ich verfüge über eine aktuell gültige Weiterbildungsbefugnis (Kopie siehe Anlage). Etwaige Veränderungen bei der Weiterbildungsbefugnis zeige ich dem vom Praxisnetz Pädiatrie Nordwest benannten Koordinator umgehend schriftlich an.

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten meiner Praxis zu Zwecken des Weiterbildungsverbunds an die daran Beteiligten weitergeben und von diesen verarbeitet, an interessierte Ärztinnen und Ärzte weitergegeben und vom Praxisnetz Pädiatrie Nordwest z. B. in dessen Homepage und auf der Seite der DGAAP veröffentlicht werden.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift

(Stempel)

Anlagen:

- Kopie der Weiterbildungsermächtigung
- Standardisiertes Profil der Praxis (bitte ebenfalls als pdf an den/die Koordinator/in zu senden)