

 KV SAARLAND KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG	Antrag auf Zuschuss für die Fortbildung zur nicht-ärztlichen Praxisassistenz Anlage 3 der Richtlinie der KVS „Strukturfonds“ gem. § 105 Abs. 1 a SGB V	Dezernat Versorgung
		Stand 10.12.2025
		QM-Nr.
		Seite 1 von 2

Allgemeiner Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen und beinhaltet keine Wertung.

1. Allgemeine Angaben

Praxis/Gemeinschaftspraxis/MVZ:

BSNR:

--	--

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

--

Telefon:

Telefax:

--	--

E-Mail:

--

Ich/Wir möchte/n die o. g. Förderung in Anspruch nehmen:

☐ Ja

☐ Nein

Frau/Herr _____, angestellt in/im meiner/unserer Praxis/Gemeinschaftspraxis/MVZ seit _____, wird künftig ärztlich angeordnete Hilfeleistungen in meinem/unserem Namen erbringen.

2. Fördervoraussetzungen

Ich/wir bestätige/n, dass folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- ☐ Anstellung mit einer regelmäßigen Wochenarbeitszeit von **mind. 20 Stunden** in/im meiner/unserer Praxis/MVZ.

 KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG	Antrag auf Zuschuss für die Fortbildung zur nicht-ärztlichen Praxisassistenz Anlage 3 der Richtlinie der KVS „Strukturfonds“ gem. § 105 Abs. 1 a SGB V	Dezernat Versorgung
		Stand 10.12.2025
		QM-Nr.
		Seite 2 von 2

- ☐ Abgeschlossene Ausbildung zum Arzthelfer/Medizinischen Fachangestellten oder einen qualifizierten Berufsabschluss gemäß dem Pflegeberufegesetz/dem Krankenpflegeberufegesetz.

Nachstehende Zusatzqualifikationen wird erworben (Bitte Nachweis, z.B. Buchungsbestätigung beifügen):

- ☐ Nicht-ärztlicher Praxisassistent („NäPa“)

3. Allgemeine Hinweise

Die Auszahlung der Förderung setzt grundsätzlich die Vorlage eines Nachweises einer Fortbildungseinrichtung voraus, aus dem hervorgeht, dass die in Ziffer 2 genannte bzw. eine vergleichbare Zusatzqualifikation durch entsprechende Kursanmeldung angestrebt wird. Der Nachweis

- ☐ liegt dem Antrag bei ☐ liegt der KVS bereits vor.

Die Abrechnungsfähigkeit einer nicht-ärztlichen Praxisassistenz setzt einen Antrag auf Teilnahme an der Delegations-Vereinbarung gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V (Anlage 8 und Anlage 24 BMV-Ä) voraus und wird **nicht** durch den vorliegenden Antrag erteilt.

Die Abrechnungsfähigkeit einer nicht-ärztlichen Praxisassistenz setzt das Führen der Zusatzqualifikation „Nicht-ärztlicher Praxisassistent“ voraus.

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Antragsformular zurück an:

Kassenärztliche Vereinigung
 Europaallee 7 – 9
 66113 Saarbrücken

oder: Fax: 0681 99837-530

Ich/wir versichere/versichern die Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

 Ort, Datum

 Unterschrift

 Stempel