



## Antragsformular „Verbundweiterbildung“

### Hinweise zum Antragsformular

Bei der Weiterbildung im Verbund wird ein Arzt/eine Ärztin in Weiterbildung in einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin aus einem Krankenhaus mit einer Teilweiterbildungsermächtigung an ein Zentrum delegiert. Hier kann der Arzt/die Ärztin die fehlenden Weiterbildungsabschnitte absolvieren.

Zur Förderung dieser Weiterbildung müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Approbation und Weiterbildung in einer Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin
- Für die Förderstufen 2 und 3 muss überdies ein mind. 60-monatiger Arbeitsvertrag zwischen dem/der delegierten Arzt/Ärztin in Weiterbildung und dem Krankenhaus mit Teilweiterbildungsermächtigung vorliegen; dieser darf über die Zeit der Weiterbildung hinaus gehen
- Für die Förderstufen 2 und 3 muss der Arzt/die Ärztin in Weiterbildung mind. 6 Monate vor dem Förderzeitraum am Krankenhaus tätig sein
- Die Förderstufen 2 und 3 dürfen für die in diesem Vertrag genannten Ärzte/Ärztinnen nicht miteinander kombiniert werden
- Bei Wegfall der Fördervoraussetzungen während des Förderzeitraums erfolgt eine anteilige Kürzung der Fördersumme.
- Das Krankenhaus verfügt über eine Weiterbildungsbefugnis.
- Sowohl das Krankenhaus als auch der/die teilnehmende Arzt/Ärztin willigen ein, dass ihre Daten zur Evaluation genutzt werden dürfen und sie ggf. im Nachgang für weitere Informationen zur Verfügung stehen (Anlage 1).

### Antrag

Folgende Förderstufe wird beantragt:\*

- Förderstufe 1  
1-zu-1-Austausch zwischen Krankenhaus mit Teilweiterbildungsermächtigung und einem Zentrum
- mit Arzt/Ärztin in Weiterbildung  mit Facharzt/-ärztin
- Förderstufe 2 (Förderung von bis zu 24 Monaten)  
Arzt/Ärztin in Weiterbildung wird von Krankenhaus mit Teilweiterbildungsermächtigung entsendet und die freigewordene Stelle wird freigehalten
- Förderstufe 3 (Förderung bis zu 24 Monaten)  
Arzt/Ärztin in Weiterbildung wird von Krankenhaus mit Teilweiterbildungsermächtigung entsendet und die freigewordene Stelle wird nachbesetzt

---

\* Pflichtangabe

## I. Informationen zum Krankenhaus mit Teilweiterbildungsermächtigung

Name des delegierenden Krankenhauses *			
Straße*		Hausnummer*	
Ort*		PLZ*	
Ansprechpartner/-in*			
E-Mail-Adresse*			
Institutionskennzeichen*		Telefon*	
Standort, wenn abweichend von o.g. Adresse			
Straße		Hausnummer	
Ort		PLZ	

o.g. Krankenhaus stimmt der Erfassung notwendiger Daten zur Antragsbearbeitung und Evaluation zu

## II. Informationen zum Arzt/zur Ärztin in Weiterbildung

Entsendung vom o.g. genannten Krankenhaus (I) in Zentrum (III)

Name*			
Vorname*			
Straße		Hausnummer	
Wohnort		PLZ	
Geburtsdatum*			
Approbation erhalten am*		Approbation erhalten durch*	
E-Mail-Adresse*			
Telefon			
Zeitraum*	von		bis

\* Pflichtangabe

### III. Informationen zum Krankenhaus, dass den Arzt/die Ärztin unter (II) aufnimmt

Name des Zentrums *			
Straße*		Hausnummer*	
Ort*		PLZ*	
Ansprechpartner/-in*			
E-Mail-Adresse*			
Institutionskennzeichen*		Telefon*	
Standort, wenn abweichend von o.g. Adresse			
Straße		Hausnummer	
Ort		PLZ	

o.g. Krankenhaus stimmt der Erfassung notwendiger Daten zur Antragsbearbeitung und Evaluation zu

### IV. Informationen zum Arzt/zur Ärztin, welche/r die Stelle des unter (II) genannten Arztes besetzt

Auszufüllen bei Förderstufe 1 (Tauschpartner) und 3 (Wiederbesetzung der Stelle im KH unter (I))  
(diese Informationen können für die Förderstufe 3 ggf. nachgereicht werden)

Name*			
Vorname*			
Straße		Hausnummer	
Wohnort		PLZ	
Approbation erhalten am*		Approbation erhalten durch*	
E-Mail-Adresse*			
Telefon			
Zeitraum*		von	bis

\* Pflichtangabe

Folgende Anlagen wurden dem Antrag beigefügt:

<input type="checkbox"/> Datenschutzhinweis und Einwilligung in die Datenerhebung und -verarbeitung (Anlage 1)
<input type="checkbox"/> Nachweis über geschlossenen Arbeitsvertrag
<input type="checkbox"/> Approbationsurkunde
<input type="checkbox"/> Nachweis der Weiterbildungsbefugnis

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift  
beantragendes Krankenhaus\*\*

---

\*\* unterschriftsberechtigt mit Prokura oder entsprechender Handlungsvollmacht



## Projekt zur Förderung zusätzlicher Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin

### Datenschutzhinweis und Einwilligung in die Datenerhebung und -verarbeitung

Die im Antragsformular erhobenen Daten sind notwendig zur Durchführung des Förderverfahrens und werden zu diesem Zweck erhoben. Hierzu werden die angegebenen Daten gespeichert und verarbeitet. Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage von Art 6 Abs. 1b EU-DSGVO und § 4 Landesdatenschutzgesetz - DSG M-V. Wir weisen darauf hin, dass ohne eine Bereitstellung der im Antragsformular erhobenen Daten das Förderverfahren nicht durchgeführt werden kann. Verantwortlich für die Datenerhebung ist die Koordinierungsstelle, welche bei der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. (KGMV), Wismarsche Str. 175 in 19053 Schwerin angesiedelt ist.

Die Bewilligung von Fördermitteln durch die Koordinierungsstelle erfolgt nach vorheriger Abstimmung mit dem zuständigen Beirat. Die Antragsformulare werden dem Beirat hierfür in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt. Zudem ist die Koordinierungsstelle im Rahmen des Förderverfahrens verpflichtet, eine Evaluation durchzuführen. Im Rahmen dieser Evaluation werden die personenbezogenen Daten aggregiert und damit anonymisiert. Die daraus entstehenden Ergebnisse werden dem Beirat, dem Mittelgeber sowie dem Landtag zur Verfügung gestellt.

Im Rahmen von gesetzlich und verordnungsrechtlich vorgeschriebenen Prüfverfahren ist eine Sichtung der im Antragsformular erhobenen Daten seitens der Fördermittel-Bewilligungsbehörde bzw. der zuständigen obersten Landesbehörde und des Landesrechnungshofes M-V grundsätzlich gestattet. Die personenbezogenen Daten bleiben im Übrigen während des gesamten Förderverfahrens und der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen bei der Koordinierungsstelle der KGMV

Soweit Daten durch die Koordinierungsstelle falsch oder unvollständig erfasst wurden, oder sich ändern, haben Sie das Recht, jederzeit die Berichtigung oder Vervollständigung der gespeicherten Daten zu verlangen (Art. 16 DSGVO). Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor und sind Fördermittel nicht bereits bewilligt, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen. Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die Koordinierungsstelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Gegebenenfalls besteht ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern (LfDI M-V).

Wir weisen darauf hin, dass die erhobenen Daten nur solange gespeichert werden, wie es für die Durchführung des Förderverfahrens und die Wahrung der Rechtsansprüche aus dem Förderverfahren notwendig und zudem gesetzlich erforderlich ist.

Ihre personenbezogenen Daten werden im Übrigen durch technische und organisatorische Sicherheitsmaßnahmen geschützt, um Risiken im Zusammenhang mit deren Verlust, Missbrauch, unberechtigtem Zugriff sowie unberechtigter Weitergabe und Änderung zu minimieren. Hierzu setzen wir beispielsweise Firewalls und Datenverschlüsselung ein, aber auch physische Zugangsbeschränkungen und Berechtigungskontrollen für den Datenzugriff.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zu den im Vortext beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Meine Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Willige ich nicht in die für die Beurteilung und Entscheidung über den Erhalt von Fördermitteln erforderliche Datennutzung ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass mein Antrag abgelehnt und bereits erhaltene Fördermittel umgehend, vollständig und gegebenenfalls einschließlich Zinsen zurückzuzahlen sind.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der/des Einwilligenden