

**Anlage 2**  
**zur Kooperationsvereinbarung**  
**Weiterbündungsverbund Allgemeinmedizin Region Karlsruhe**  
**vom 01.01.2023**

An die  
Bezirksärztekammer Nordbaden  
Weiterbildungsabteilung – z.H. Herr Schmid  
Zimmerstraße 4,  
76137 Karlsruhe

**Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Kooperationsvereinbarung Weiterbündungsverbund Allgemeinmedizin Region Karlsruhe.

Ich bin als

**Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin** niedergelassen und verfüge über eine Befugnis für die Dauer von \_\_\_\_ Monaten zur Weiterbildung für den Abschnitt „hausärztliche Versorgung“ der Weiterbildung zur Fachärztin/ zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Meine Weiterbildungsbefugnis füge ich dieser Beitrittserklärung bei.

**Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin mit Option in die Hausärztliche Versorgung** niedergelassen und verfüge über eine Befugnis für die Dauer von \_\_\_\_ Monaten zur Weiterbildung für den Abschnitt „hausärztliche Versorgung“ der Weiterbildung zur Fachärztin/ zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Meine Weiterbildungsbefugnis füge ich dieser Beitrittserklärung bei.

**Fachärztin/Facharzt für** \_\_\_\_\_ niedergelassen und verfüge über eine Befugnis für die Dauer von \_\_\_\_ Monaten zur Weiterbildung in dem Bereich

\_\_\_\_\_  
Meine Weiterbildungsbefugnis füge ich dieser Beitrittserklärung bei.

Ich trete als **Klinik** \_\_\_\_\_ bei.

Ich bin damit einverstanden, dass die Bezirksärztekammer Nordbaden nach Eingang meiner Beitrittserklärung meine personenbezogenen Daten, bestehend aus Namen, Vornamen, akademischen Titel und Graden, Facharztbezeichnungen, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen, Anschrift/en der Niederlassung/en, Telefon-, Telefaxnummern, E-Mail-Adressen sowie den Umfang meiner Befugnis zur Weiterbildung, unverzüglich an die

Koordinierungsstelle gemäß § 7 Abs. 3 des Kooperationsvertrages weiterleitet. Meine Daten dürfen bei der Koordinierungsstelle gespeichert und für Zwecke dieses Kooperationsvertrages an die anderen Vertragspartner sowie interessierte Ärztinnen/Ärzte in der Weiterbildung übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich die Kooperationsvereinbarung jederzeit mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines Kalendermonats schriftlich gemäß § 12 Abs. 2 des Kooperationsvertrages kündigen kann. Mit Eingang der Kündigung werden meine personenbezogenen Daten bei der Koordinierungsstelle gelöscht.

---

Ort, Datum

---

Name, Vorname (Teilnehmer)

---

Unterschrift (Stempel)

Anlage: Weiterbildungsbefugnis