



Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

Antrag auf finanzielle Unterstützung im Rahmen der Famulatur

Fördervereinbarung zur finanziellen Unterstützung von Famulanten in hessischen Hausarztpraxen sowie in hessischen Gesundheitsämtern

1. Antragsteller

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

2. Angaben zur Universität/Praxis

Name der Universität: _____

In der Zeit vom: _____ bis: _____ absolviere ich die

Famulatur in der hausärztlichen hessischen Vertragsarztpraxis gemäß § 73 Abs. 1a SGB V oder in einem hessischen Gesundheitsamt, das die Voraussetzungen zur Zulassung als Famulatureinrichtung nach § 7 Abs. 2 Nr. 1 ÄApprO erfüllt:

Name und Adresse der Vertragsarztpraxis bzw. Gesundheitsamt im Geltungsbereich der KV Hessen, (ggf. Stempel, BSNR, Unterschrift des ausbildenden Vertragsarztes oder Anschrift und Fachbereich des hessischen Gesundheitsamtes, Unterschrift des ausbildenden Arztes des Gesundheitsamtes)

Hinweis: Es werden nur ganze Monate gefördert.

Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Unterlagen bei:

- aktuelle Immatrikulationsbescheinigung an einer deutschen Universität (für den Zeitraum der beantragten Famulatur)
- Kopie des Zeugnisses über die erfolgreiche Ablegung des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung
- Bestätigung der Einrichtung über den vereinbarten Zeitraum der Famulatur. Kann auch auf dem Antragsformular bestätigt werden.

Reichen Sie bitte nach Beendigung der Famulatur unaufgefordert das von der Arztpraxis ausgestellte und unterschrieben Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus entsprechend Anlage 6 der ÄApprO ein. Sollten Sie Ihre Famulatur in einem hessischen Gesundheitsamt absolviert haben, bitten wir um zusätzliche Einreichung der Bestätigung, die Sie auf der Homepage der KV Hessen finden. Die Zahlung der Förderung erfolgt auf das oben genannte Konto nach Ableistung der Famulatur.

3. Erklärungen

Ich erkläre, dass ich die Fördermittel für Aufwendungen nutze, die mir im Zusammenhang mit der Famulatur entstehen. Darüber hinaus erkläre ich, dass ich eine Unterbrechung oder vorzeitige Beendigung sowie den Nichtantritt der Famulatur unverzüglich gegenüber der KV Hessen anzeige.

Mir ist bekannt, dass ein Rückzahlungsanspruch entstehen kann, wenn die Famulatur nicht ordnungsgemäß beendet wird. Weiterhin ist mir bekannt, dass eine ggf. erforderliche Versteuerung durch mich zu erfolgen hat.

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift des Studierenden

Ich bin damit einverstanden, dass die KV Hessen die im Rahmen der Fördervereinbarung mit diesem Antrag erhobenen personenbezogenen Daten unter Berücksichtigung der geltenden Datenschutzbestimmungen zu Auswertungszwecken an das Hessische Ministerium für Soziales und Integration weiterleitet.

Ort, Datum

Unterschrift des Studierenden

Abteilung Qualitätsförderung
Tel: 069 24741-6695
Fax: 069 24741-68843
E-Mail: foerderung.famulatur@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Förderung Famulatur
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main