

**Antrag auf Zuschuss zum  
Blockpraktikum in der ambulanten  
vertragsärztlichen Versorgung**

Dezernat Versorgung

Stand 30.04.2025

QM-Nr. II.08.1.8

Seite 1 von 2

in der hausärztlichen Praxis  in der fachärztlichen Praxis

**Angaben Antragsteller/in:**

Vorname, Name

männl.  weibl.  divers

Straße, Hausnr. PLZ, Ort

Geburtsdatum

		.		.	
--	--	---	--	---	--

Universität

Telefon privat oder Handy

E-Mail

IBAN

BIC

**Angaben Vertragsarztpraxis:**

Name

Fachrichtung

Straße, Hausnr. PLZ, Ort

**Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:**

- Bescheinigung Vertragsarztpraxis über die geplante Ableistung des Blockpraktikums in der Zeit  
vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
  - aktuelle Immatrikulationsbescheinigung
- ➔ **Eine Auszahlung wird erst veranlasst, wenn der Bewertungsbogen bei uns eingegangen ist.**

*Nach Beendigung des Blockpraktikums werde ich das Zeugnis über die Tätigkeit als Praktikant (gem. Anlage 6 ÄApprO 2002) binnen eines Monats bei der KVS einreichen. Andernfalls ist die KVS berechtigt, die gezahlte Förderung zurückzufordern. Mir ist bekannt, dass ein Rückzahlungsanspruch auch entstehen kann, wenn Änderungen eintreten, die dem Förderzweck nicht entsprechen. Weiter erkläre ich mich damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten zu meiner Person unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes von der KVS zu Informationszwecken gespeichert und verarbeitet werden. Die Speicherdauer der Daten erfolgt gemäß der gesetzlichen Vorgabe (Art. 5 (1) DSG-VO). Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte.*

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

## Anlage 1

### Newsletter

#### Abonnement des KVS Nachwuchsnewsletters:

Bei Abonnement des Newsletters „Nachwuchs“ erhalten Sie per Mail aktuelle Informationen für ärztlichen Nachwuchs, zu Fördermöglichkeiten, Angeboten der KVS sowie zu beruflichen Möglichkeiten.

**hier geht's zum Newsletter →**

