 <b>KV SAARLAND</b> KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG	<b>Antrag auf Zuschuss zur Famulatur in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung</b>	-
		Stand 03.01.2022
		QM-Nr. II.08.1.6
		Seite 1 von 4

**Angaben Antragsteller/in:**
**Wichtig!**

Der Antrag ist vor Beginn bzw. im Laufe der Famulatur - bei der KVS einzureichen. Gerne auch per Mail an [nachwuchs@kvsaarland.de](mailto:nachwuchs@kvsaarland.de)

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

**Befindet sich die vertragsärztliche Praxis in einer Gemeinde, deren Einwohnerzahl unter 10.000 liegt, wird der Förderbetrag um 200 Euro auf insgesamt 700 Euro erhöht.**

**Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:**

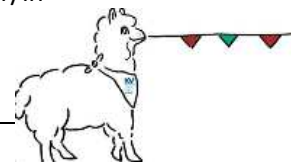
- Bescheinigung Vertragsarztpraxis über die geplante Ableistung des Famulatur-Abschnitts in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- aktuelle Immatrikulationsbescheinigung

➔ **Eine Auszahlung wird erst veranlasst, wenn der Bewertungsbogen bei uns eingegangen ist.**

Nach Beendigung des Famulatur-Abschnitts werde ich das Zeugnis über die Tätigkeit als Famulant/in (gem. Anlage 6 ÄApprO 2002) binnen eines Monats bei der KVS einreichen. Anderenfalls ist die KVS berechtigt, die gezahlte Förderung zurückzufordern. 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 den gesetzlichen Vorgaben (Art. 5 (1) DSGVO). Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in



**Anlage 1****In Austausch bleiben mit der KV Saarland:**

Die KV Saarland freut sich immer über **Ihre Erfahrungsberichte aus der Praxis**, gerne auch mit Foto/Video.

Wenn Sie sich vorstellen können, Ihre Erfahrungen mit uns zu teilen und uns ein kurzes Interview (evtl. mit Foto/Video) zu geben, würden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen. Für die Veröffentlichung Ihres Erfahrungsberichts/Ihres Fotos oder Videos werden wir Sie separat um Ihr Einverständnis bitten.

- Ja**, die Öffentlichkeitsarbeit der KV Saarland **darf mich** unter den angegebenen Daten **kontaktieren.**
- Nein.**

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe und Ihr Engagement! 😊

Freiwilliges **Abonnement des KVS Alumni-Mailverteilers und des Newsletters „Befündchen“:**

- Ja, ich möchte **das Befündchen abonnieren** (Sie werden per Mail über das Erscheinen unseres Newsletters für Nachwuchsärzt:innen informiert).
- Ja, ich möchte **in den KVS Alumni-Mailverteiler aufgenommen werden** (Sie erhalten per Mail Informationen zu Fördermöglichkeiten und Entwicklungen, Angeboten der KVS und beruflichen Möglichkeiten).

Das Abonnement ist jederzeit kündbar, indem Sie uns formlos per Mail ([nachwuchs@kvsaarland.de](mailto:nachwuchs@kvsaarland.de)) oder telefonisch (tel. (0681/998370)) Bescheid geben.

### Verlosung des KVS-Maskottchens Paul-Konrad und KVS-Quietscheente Agatha

Die KV Saarland verlost jährlich 15 Exemplare des KVS-Plüschalpakas Paul-Konrad und 15 KVS-Quietscheenten („Agatha“) unter allen von der KV Saarland im Vorjahr geförderten Medizinstudierenden, die im Rahmen ihrer Antragsstellung an der Verlosung teilnehmen ☺ Gewinner:innen werden per Mail informiert.

Die Teilnahme- und Datenschutzbestimmungen zur Verlosung finden Sie auf unserer Homepage ([hier verlinkt](#) oder auf [www.kvsaarland.de/studium1](http://www.kvsaarland.de/studium1) unter dem Punkt „Verlosung“).

Ja, ich nehme an der Verlosung teil. Die Teilnahme- und Datenschutzbestimmungen habe ich gelesen und bin einverstanden.

Nein, ich nehme nicht teil.



Bei Bereitschaft zum Erfahrungsbericht, bei Abo- oder Teilnahme Wunsch bitte einwilligen



#### **Einwilligung Datenverarbeitung:**

*Ich bin einverstanden, dass die im Antragsformular von mir angegebene E-Mailadresse/Telefonnummer (personenbezogene Daten) an die KV Saarland übermittelt und von ihr gespeichert wird, sodass die KV Saarland mir E-Mails zu den oben von mir angekreuzten Themen senden/mich kontaktieren kann. Eine Weitergabe der von Ihnen in diesem Formular angegebenen Daten an Dritte erfolgt nicht.*

*Diese Einwilligung können Sie jederzeit durch Abmeldung vom Abonnement/Rückzug Ihrer Bereitschaft per Mail (formlos an [nachwuchs@kvsaarland.de](mailto:nachwuchs@kvsaarland.de)) oder telefonisch (0681/998370) widerrufen. Ihre Daten werden dann gelöscht. Nähere Hinweise entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung unter [www.kvsaarland.de/datenschutz](http://www.kvsaarland.de/datenschutz).*

Ort, Datum

Unterschrift **Medizinstudent/in**



 <b>KV SAARLAND</b> KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG	<b>Bescheinigung Vertragsarztpraxis</b>	Sicherstellung
		Stand 01.01.2023
		QM-Nr. II.08.1.8
		Seite 2 von 4

Praxisstempel

BSNR

Der/Die Studierende der Medizin Frau/Herr \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ wird in der Zeit vom \_\_\_\_\_

bis \_\_\_\_\_ in meiner/unserer Praxis

- das Blockpraktikum gem. § 27 Abs. 4 ÄApprO 2002
- den Famulatur-Abschnitt gem. § 7 Abs. 2 Nr. 1 ÄApprO 2002
- das Wahlterial Allgemeinmedizin im Rahmen des PJ gem. § 3 Abs. 1 Nr. 3 Alt. 1 ÄApprO 2002 absolvieren.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt/-ärztin

