Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt Abteilung Qualitäts- und Verordnungsmanagement Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg



## Förderantrag für Medizinstudierende - Famulatur -

## Ich beantrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt eine Förderung für eine Famulatur in der

Fachrichtung:
Persönliche Daten der/des Studierenden: □ Frau □ Herr
Name, Vorname:
Straße:
PLZ: Wohnort:
Telefon: E-Mail:
Bankverbindung der/des Studierenden:
Kreditinstitut:
IBAN: BIC:
Angaben zur Universität:
Name der Universität:
Semester: Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung bestanden: □ ja □ nein
Angaben zur Vertragsarztpraxis/zum MVZ:
Name der Vertragsarztpraxis/des MVZ:
Zeitraum der Tätigkeit:
Art der Famulatur: ☐ Pflichtfamulatur in einer Einrichtung der ☐ optionale ambulante Famulatur hausärztlichen Versorgung
Name des ausbildungsverantwortlichen Vertragsarztes/Angestellten Arztes:
☐ Dem Antrag ist eine Zeugniskopie über die Tätigkeit als Famulant beigefügt.
Hiermit bestätige ich die Richtigkeit dieser Angaben:
Ort, Datum Unterschrift Antragsteller/in
Wie sind Sie auf die Förderung aufmerksam geworden?
□ Information durch die Universität □ Internetseiten der KVSA □ Instagram-Auftritt der KVSA
□ Facebook-Auftritt der KVSA □ Sonstige (bitte angeben):

Ansprechpartnerinnen: Gesine Tipmann / Jacqueline Koch

Tel.: 0391 627-6439 /-7439

Fax: 0391 627-8436, E-Mail: studium@kvsa.de



## Anlage zum Förderantrag für Medizinstudierende - Famulatur -

Zur Vorlage bei der KVSA

Anlage 6 (zu § 7 Abs. 4 Satz 2) der Approbationsordnung für Ärzte

## Zeugnis über die Tätigkeit als Famulant (Fundstelle: BGB.I 2002, 2425; bzgl. einzelner Änderungen vgl. Fußnote)

Die/Der Studierende der Medizin		
geboren am	in	
war nach Bestehen des Ersten Ab	schnitts der Ärztlichen Prüfung vom	
bis zum	in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht	
und Leitung als Famulant tätig.		
Während dieser Zeit ist die/der Stu	udierende vorzugsweise mit Tätigkeiten	
auf dem Gebiet		
beschäftigt worden.		
Die Ausbildung ist		
☐ unterbrochen worden vom	bis	
$\hfill\Box$ nicht unterbrochen worden.		
Ort, Datum		
Bezeichnung der Einrichtung/Stempe	I	
Unterschrift des/der ausbildendenen A	Arztes/Ärztin	

Ansprechpartnerinnen: Gesine Tipmann / Jacqueline Koch

Tel.: 0391 627-6439 /-7439

Fax: 0391 627-8436, E-Mail: studium@kvsa.de