

Anlage 2

zur Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt über die Gewährung von Stipendien für Medizinstudierende

Antrag auf Gewährung eines Stipendiums für Medizinstudierende

Angaben der Antragstellerin/des Antragstellers:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

vollständige Anschrift: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Hochschule: _____

Aktuelles Studienjahr: _____ aktuelles Fachsemester: _____

Dem Antrag liegen nachstehende Bescheinigungen bei:

- eine Kopie des Bundespersonalausweises bzw. des internationalen Ausweisdokuments
- eine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung
- ein lückenloser, zeitlicher Überblick über den bisherigen Ablauf des Medizinstudiums, sofern Unterbrechungen, Verzögerungen bzw. Urlaubssemester erfolgt sind
- eine beglaubigte Kopie über das Bestehen des Ersten Abschnitts, ggf. auch des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (§ 1 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 ÄApprO)
- eine Verpflichtungserklärung zur zwei- bzw. dreijährigen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in strukturschwachen Gebieten Sachsen-Anhalts (Regionen mit ungedecktem Versorgungsbedarf) unter Benennung der vorgesehenen Fachrichtung
- ein Motivationsschreiben im Hinblick auf eine zukünftige vertragsärztliche Tätigkeit in Sachsen-Anhalt, das insbesondere die für eine hausärztliche Tätigkeit erforderliche Motivation zur Krankenversorgung in Regionen mit einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung mit häufigen chronischen Erkrankungen und Multimorbidität verdeutlicht
- Stipendienvertrag mit der KVSA in zweifacher Ausfertigung

Name, Vorname: _____

Hiermit beantrage ich die Gewährung eines Stipendiums für Medizinstudierende

ab dem 3. Studienjahr

ab dem 4. Studienjahr

ab dem 5. Studienjahr

ab dem 6. Studienjahr

(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

Hinweis:

Der Antrag kann erst bei Vorliegen sämtlicher Bescheinigungen bearbeitet werden.

Ort, Datum, Unterschrift Antragsteller/in _____

Anlage 3

zur Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt über die Gewährung von Stipendien für Medizinstudierende

Verpflichtung

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

- In einem persönlichen Gespräch mit den zuständigen Mitarbeiter/innen der KVSA stelle ich meine Beweggründe und Motivation zur Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit in Sachsen-Anhalt nach Beendigung des Studiums und der Facharztweiterbildung dar.
- Ich verpflichte mich zur jährlichen Teilnahme an einer Fortbildungs- bzw. Informationsveranstaltung der KVSA.

Im Falle der Bewilligung eines Stipendiums verpflichte ich mich, nach Abschluss des Medizinstudiums und der anschließenden fachärztlichen Weiterbildung in der

Fachrichtung: _____

- zwei Jahre im Falle einer Förderung bis zu 24 Monate
- drei Jahre im Falle einer Förderung über 24 Monate

vertragsärztlich in strukturschwachen Gebieten Sachsen-Anhalts (Regionen mit ungedecktem Versorgungsbedarf) tätig zu werden. Die Auswahl der Region erfolgt in Abstimmung zwischen dem Stipendiaten und der KVSA. Bei Teilzeittätigkeit verlängert sich die spätere vertragsärztliche Tätigkeit in Abhängigkeit von der Länge des konkreten Förderzeitraumes, aber längstens auf einen Zeitraum von 5 Jahren.

Ort, Datum, Unterschrift Antragsteller/in _____

<u>Von der KVSA auszufüllen:</u>	
Eingangsstempel:	Unterlagen lagen vollständig vor:
Termin persönliches Gespräch:	
Antrag bewilligt für den Zeitraum von - bis: