

**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: _____ Nr.: _____

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
hausärztlichen Versorgung ☐ optionale ambulante Famulatur

Name des ausbildungsverantwortlichen
Vertragsarztes/Angestellten Arztes: _____

Dem Antrag ist eine Zeugniskopie über die Tätigkeit als Famulant beigelegt.

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): _____

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 Famulus

(Fundstelle: BGBl. I 2002, 2425; bzgl. einzelner Änderungen vgl. Fußnote)

Die/Der Studierende der Medizin _____

geboren am _____ in _____

ist nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung vom _____

bis zum _____ in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht

und Leitung als Famulus tätig gewesen.

Während dieser Zeit ist die/der Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten

auf dem Gebiet _____

beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist

☐ unterbrochen worden vom _____ bis _____

☐ nicht unterbrochen worden.

Ort, Datum

Bezeichnung der Einrichtung/Stempel

Unterschrift des/der ausbildendenen Arztes/Ärztin

☐ Krankenhausfamulatur

☐ Praxisfamulatur

☐ Hausarztfamulatur