

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Stuttgart  
Geschäftsbereich  
Zulassung/Sicherstellung  
Sachgebiet 2.1  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

<b>Absender/Stempel</b>
-------------------------

Ziel und Zukunft | Telefon 0711 7875-3880 | Fax 0711 7875-483930 | [zielundzukunft@kvbwue.de](mailto:zielundzukunft@kvbwue.de)

# Antrag auf Gewährung einer Förderung für Studierende<sup>1</sup> des Wahltertials des Praktischen Jahres in der Allgemeinmedizin

im Rahmen des Projekts „Ziel und Zukunft“

**Hiermit beantrage ich**

_____	_____	
Name	Vorname/n	
_____		_____
Straße		Hausnummer
_____		_____
Stadt/Gemeinde		Postleitzahl
_____	_____	_____
E-Mail	Telefon	
_____		
Universität		

**eine Förderung meines Wahltertials in der Allgemeinmedizin im Rahmen des Projekts „Ziel und Zukunft“.**

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und diverser Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter (m/w/d).

**Die Durchführung des Wahltertials plane ich für den Zeitraum:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

geplantes Startdatum des Wahltertials

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

geplantes Enddatum des Wahltertials

**in folgender, akkreditierten akademischen, Lehrpraxis:**

\_\_\_\_\_  
Praxisname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BSNR

\_\_\_\_\_  
Straße

--	--	--	--	--	--	--

Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Stadt/Gemeinde

--	--	--	--	--	--	--	--

Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
E-Mail

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon

**Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen in Kopie bei:**

meine Immatrikulationsbescheinigung einer deutschen Universität

Hinweis: Im Falle eines semesterübergreifenden Zeitraums des Wahltertials, müssen ggf. zwei Immatrikulationsbescheinigung eingereicht werden.

eine Bescheinigung über die erfolgreiche Ablegung des zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung

eine Bestätigung durch eine akkreditierte akademische Lehrpraxis im Geltungsbereich der KVBW über die Aufnahme des Wahltertials

Hinweis: Sie können zum Nachweis das beiliegende Formular verwenden oder einen eigenen Nachweis der akkreditierten akademischen Lehrpraxis mit entsprechendem Inhalt vorlegen.

## Datenschutzhinweis

Zum Zwecke der Antragsprüfung und Bearbeitung sowie zur Bearbeitung des Förderverfahrens erhebt, speichert, nutzt und verarbeitet die KVBW persönliche Daten. Die Abgabe der Einwilligungserklärung erfolgt dabei freiwillig und auf Basis der zur Verfügung gestellten Informationen zu Inhalt, Umfang und Zweck im Sinne der geltenden Datenschutzvorschriften. Es stehen Ihnen sämtlich Rechte entsprechend der geltenden DSGVO zu. Wir dürfen hierzu auf die „Hinweise der KVBW zum Datenschutz bei einer Antragstellung im Rahmen des Förderprogramms Ziel und Zukunft“ [www.kvbawue.de/pdf3675](http://www.kvbawue.de/pdf3675) hinweisen. Diese Informationen ist über die Homepage abrufbar und wird Ihnen auf Anforderung in Papierform zur Verfügung gestellt. Durch Ihre Unterschrift wird die untenstehende datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung Bestandteil des vorliegenden Antrags.

## Online-Evaluation

Gemäß § 6 Abs. 4 der ZuZ-Richtlinie soll der/die Studierende nach Erhalt des Bescheides sowie nach Abschluss des Wahltertial an einer Evaluation teilnehmen. Diese wird per E-Mail über einen Link zugesandt und die Daten anschließend anonymisiert ausgewertet, um das Förderprogramm „Ziel und Zukunft“ kontinuierlich weiterentwickeln zu können. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit einer Teilnahme an der Evaluation einverstanden und stimmen der anonymisierten Nutzung Ihrer Daten für die Evaluation zu.

## Allgemeine Hinweise

- Studierende, die ihr Wahltertial während des Praktischen Jahres in der hausärztlichen Versorgung in einer akkreditierten akademischen Lehrpraxen in Baden-Württemberg gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3 der Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (ÄApprO 2002), anzuwenden in der jeweils geltenden Fassung, ableisten, können mit einem Betrag in Höhe von maximal 2.976 Euro für die Ableistung des gesamten Wahltertial in 16 Wochen in Vollzeit gefördert werden.
- Die Förderung erfolgt bei einer Ableistung des Wahltertials in Teilzeit anteilig entsprechend des Höchstförderbetrags von 2.976 Euro.
- Bitte beachten Sie, dass die Gewährung von Geld- oder Sachleistungen, die den Bedarf für Auszubildende nach § 13 Absatz 1 Nummer 2 und Absatz 2 Nummer 2 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes übersteigen, nicht zulässig ist (§ 3 Abs. 4 ÄApprO 2002).
- Eine rückwirkende Förderung (Antragsstellung nach Beginn des Wahltertials) ist ausgeschlossen.
- Die Zahlung des Förderbetrags erfolgt auf das in der Anlage zu diesem Antrag anzugebende Konto der/des Studierenden. Eine gegebenenfalls erforderliche Versteuerung erfolgt durch die/den Studierenden.
- Wird das Tertial im Wahlfach Allgemeinmedizin nicht angetreten oder nicht ordnungsgemäß beendet, steht der/dem Studierenden die Förderung nicht oder nur anteilig zu. Das Nichtantreten der Ausbildung in der akademischen Lehrpraxis sowie eine Beendigung oder Unterbrechung der Ausbildung ist vom Studierenden unverzüglich der KVBW anzuzeigen.

## Erklärung

Ich versichere, die oben genannten Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Mir ist bewusst, dass die KVBW nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Finanzmittel über die Gewährung und die Höhe der Förderung entscheidet. Auf Verlangen der KVBW verpflichte ich mich, weitere Informationen zur Verfügung zu stellen, sofern diese für eine Entscheidung über den Antrag erforderlich sind. Ferner verpflichte ich mich, sämtliche Änderungen, die Auswirkungen auf die Gewährung oder Höhe der finanziellen Förderung haben könnten, der KVBW unverzüglich mitzuteilen. Mir ist bewusst, dass die Bewilligung der Förderung widerrufen wird, sofern die für die Bewilligungsentscheidung ursächlichen Angaben unrichtig waren oder die Bewilligungsvoraussetzungen nachträglich entfallen. In diesem Falle besteht die Verpflichtung zur anteiligen oder vollständigen Rückzahlung der bereits gewährten Förderung. Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung der Förderung besteht nicht.

Ferner bestätige ich mit meiner Unterschrift die Kenntnisnahme der

- Förderbedingungen (ZuZ-Richtlinie) der KVBW in ihrer jeweils geltenden Fassung,
- allgemeinen Hinweise zur Antragstellung und Förderung,
- Informationen über die Erhebung, Speicherung, Nutzung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten bei der KVBW sowie die „Hinweise der KVBW zum Datenschutz bei einer Antragstellung im Rahmen des Förderprogramms Ziel und Zukunft“.

Ich erkläre ausdrücklich meine Einwilligung zur entsprechenden Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung der Daten.

**Mir ist bewusst, dass diese Einwilligungen zur Prüfung des Antrags notwendig sind.**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Ort

Unterschrift

## Anlage

### Nachweis über den Status einer Bankverbindung

#### im Rahmen des § 2 der Mitteilungsverordnung – MV

Bei meinem/unserem folgenden Konto

Kontoinhaber	
Bank	BIC
IBAN	

handelt es sich

- um ein Geschäftskonto aus meiner freiberuflichen bzw. gewerblichen Tätigkeit
- um ein Privatkonto.

#### Hinweis:

Bei einem Privatkonto erfolgt durch die KVBW eine jährliche Meldung an die Finanzbehörde im Rahmen des § 8 in Verbindung mit § 12 der MV über die von der KVBW an Sie geleisteten Zahlungen. Zu einer entsprechenden Übermittlung ist die KVBW gesetzlich verpflichtet. Eine gesonderte Zustimmung Ihrerseits ist nicht erforderlich.

Datum	Ort	Unterschrift
-------	-----	--------------

Lassen Sie dieses Formular bitte durch die Lehrpraxis ausfüllen und senden Sie es zusammen mit dem Förderantrag an die KVBW zurück, um die monatlichen Förderungen zeitnah in Anspruch nehmen zu können.

- per Post: Kassenärztliche Vereinigung, GBZS SG 2.1, Albstadtweg 11, 705697 Stuttgart
- per E-Mail: [zielundzukunft@kvbawue.de](mailto:zielundzukunft@kvbawue.de)
- per Fax: 0711 7875-483930

**Lehrbestätigung betreffend das Wahltertial Allgemeinmedizin im Rahmen des Projekts „Ziel und Zukunft“ zum Förderantrag vom:**

Hiermit bestätige ich/ bestätigen wir:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Praxisname	BSNR
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stadt/Gemeinde	Postleitzahl
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Telefon

Dass meine/ unsere Vertragsarztpraxis eine akkreditierte akademische Lehrpraxis in Baden-Württemberg gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3 (Allgemeinmedizin) ÄAprO 2002 ist und

Titel des Studenten       Name des Studenten       Vorname/n des Studenten

vom

Startdatum Wahltertial in der Praxis       Enddatum Wahltertial in der Praxis

Ihr/sein Wahltertial im hausärztlichen Versorgungsbereich in  Teilzeit **oder**  Vollzeit

Mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von  Stunden in meiner/ unserer Praxis absolviert.

Datum       Ort       Unterschrift des Vertreters der Lehrpraxis