Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung
Team Sicherstellungsverfahren
Sundgauallee 27
79114 Freiburg

Absender/Stempel

Ziel und Zukunft | Telefon 0761 884-3300 | zielundzukunft@kvbawue.de

Antrag auf Förderung der Famulatur

in der ambulanten Versorgung im Rahmen des Förderprogramms „Ziel und Zukunft (ZuZ)“

!!Hinweise zur Bearbeitung!!

Bitte speichern Sie sich diesen Antrag auf Ihrem Computer ab und füllen ihn anschließend am Computer aus.

Um eine Bearbeitung seitens der KVBW gewährleisten zu können und diese nicht zu verzögern, bitten wir Sie darum, den **Antrag vollständig auszufüllen** und **alle erforderlichen Unterlagen** dem Antrag beizulegen. Bitte reichen Sie den unterschriebenen und eingescannten Antrag und Anlagen per **E-Mail** an **zielundzukunft@kvbawue.de** ODER **per Post** ein. Sehen Sie bitte von doppelten Übermittlungen ab. Diese können zu Verzögerungen bei der Bearbeitung führen.

WICHTIG! Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag erst ab dem Zeitpunkt abschließend bearbeitet werden kann, an dem die Unterlagen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg **VOLLSTÄNDIG** vorliegen. **Der Antrag ist unmittelbar nach Ablauf eines Famulaturabschnitts, spätestens innerhalb eines Jahres nach Beenden des Famulaturabschnitts einzureichen.**

Checkliste

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen zwingend beizufügen:

☐ Kopie der Immatrikulationsbescheinigung einer Universität in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz über den gesamten Zeitraum des jeweiligen Famulatur-Abschnitts

Antrag auf Förderung der Famulatur

in der ambulanten Versorgung im Rahmen des Förderprogramms „Ziel und Zukunft (ZuZ)“

Hiermit beantragen wir gemäß der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden- Württemberg (KVBW) zur Förderung der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung im Förderprogramm „Ziel und Zukunft (ZuZ)“

In der Vertragsarztpraxis/im MVZ

Titel | Name | Vorname

Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort

E-Mail | Telefon

Ausbildender Arzt | BSNR (Betriebsstättennummer)

eine Förderung für die Beschäftigung von Herrn/Frau

Name | Vorname

Geburtsort | Geburtsdatum: TTMMJJJJ

Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort

E-Mail | Telefon

als Famulus für die Zeit von TTMMJJJJ bis TTMMJJJJ

Die Famulatur wurde

☐ krankheitsbedingt unterbrochen von TTMMJJJJ bis TTMMJJJJ

☐ in einem Abschnitt absolviert (mind. 30 Kalendertage)

☐ in zwei Abschnitte aufgeteilt (insg. mind. 30 Kalendertage, Dauer der Abschnitte mind. 14 Kalendertage)

Wenn der zweite Abschnitt[1] bei einem anderen Arzt abgeleistet wurde

Titel | Name des zweiten ausbildenden Arzt | Vorname des zweiten ausbildenden Arzt

[1] Für jeden Famulaturabschnitt ist ein separater Förderantrag zu stellen.

Hinweis zur Auszahlung

- Die Auszahlung des Förderbetrages erfolgt auf das bei der KV Baden-Württemberg hinterlegten Honorarkonto. Eine Auszahlung an den Famulus ist nicht möglich.
- Der Antragssteller ist nach § 4 Abs. 3 der ZuZ-Richtlinie verpflichtet, den bewilligten Förderbetrag an den Studierenden in voller Höhe auszuzahlen.
- Bei Famulaturen, die bei zwei verschiedenen Ärzten bzw. Praxen absolviert werden, erfolgt die Auszahlung auf beide bei der KV Baden-Württemberg hinterlegten Honorarkonten.
- Bitte beachten Sie, dass über die Anerkennung der Famulaturzeiträume im Hinblick auf die Zulassung zum zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung das jeweilige Landesprüfungsamt entscheidet. Die Förderung einer Famulatur durch die KVBW bedeutet nicht, dass diese Famulatur vom jeweiligen Landesprüfungsamt anerkannt wird.

Online-Evaluation

Gemäß § 2 Abs. 7 der ZuZ-Richtlinie soll der Studierende nach Erhalt des Bescheides 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 erklärt sich der Studierende mit einer Teilnahme an der Evaluation einverstanden und stimmt der anonymisierten Nutzung seiner Daten für die Evaluation zu.

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 Fall besteht die Verpflichtung zur anteiligen oder vollständigen Rückzahlung der bereits gewährten Förderung. Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung der Förderung besteht nicht. Allgemeine Hinweise zur Antragstellung und Förderung finden Sie unter *www.kvbawue.de/zuz-studierende* und *www.kvbawue.de/ziel-und-zukunft*.

Ferner bestätige ich mit meiner Unterschrift die Kenntnisnahme der

- Förderbedingungen (ZuZ-Richtlinie) der KVBW in ihrer jeweils geltenden Fassung,
- allgemeine 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 für Studierende, die Sie im Dokument „Informationspflichten gemäß Art. 13, 14 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)“ *www.kvbawue.de/pdf5339* nachlesen können.

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.

Ort, Datum	Unterschrift Lehrpraxis
Ort, Datum	Unterschrift Studierender

Einwilligungserklärung in die Verwendung der Kontaktdaten

zur Übersendung von Informationen im Rahmen der Beratungs- und Nachwuchsformate durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

Gerne möchten wir Ihre Kontaktdaten, die wir im Rahmen des Antrags auf Förderung der Famulatur erheben nutzen, um Sie bezüglich unserer Beratungs- und Nachwuchsformate zu informieren und Ihnen auf diesem Weg Infomaterial zukommen lassen. Ebenfalls möchten wir Ihre Kontaktdaten hinterlegen, um Sie zu kontaktieren.

Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zu folgendem Zweck:

Die Daten werden zu folgenden Informationszwecken erhoben, gespeichert und verwendet.
Bitte wählen Sie die gewünschte/n Informationszweck/e aus.

☐ Übersendung von Informationen/News zu Beratungs- und Nachwuchsformaten
z. B. Online-Sprechstunde der Koordinierungsstelle Weiterbildung, geplantes PJ-Nachwuchsformat

☐ Information über Evaluation & Kommunikation mit gegründeten Weiterbildungsverbünden in Baden-Württemberg

☐ Information über KVBW-Umfragen für den ärztlichen Nachwuchs
z. B. zu weiteren KVBW/KoStW-Unterstützungsmöglichkeiten, aktuelle Weiterbildungssituation

☐ Allgemeine Kontaktmöglichkeit (z. B. Telefon, E-Mail, Adresse)

Folgende Kategorien von personenbezogenen Daten werden verarbeitet:

- Kontaktdaten (Adresse)
- Name/Vorname
- E-Mail-Adresse
- Telefonnummer

Art der Verarbeitung:

- Erheben
- Speichern
- Verwenden

Hiermit willige ich freiwillig ein, dass meine oben aufgeführten personenbezogenen Daten verarbeitet werden.

Die Verwendung der Kontaktdaten zur Übersendung von Infomaterial und zur Kontaktmöglichkeit ist nicht verpflichtend und hängt nicht von der Entscheidung über den Antrag auf Förderung der Famulatur ab.

Sie können diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angaben von Gründen widerrufen. Den Widerruf Ihrer Einwilligung können Sie an die verantwortliche Stelle Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) unter folgenden Kontaktdaten geltend machen:

- per E-Mail an *zielundzukunft@kvbawue.de* oder
- per Post an KVBW:
  BD Freiburg, Gruppe Sicherstellungsverfahren
  Sundgauallee 27
  79114 Freiburg.

Sowohl die Nicht-Einwilligung als auch der Widerruf einer bereits erteilten Einwilligung, entspricht Ihren Rechten und hat keine negativen Folgen für Sie.

Name Studierender	Vorname Studierender
Datum	Unterschrift Studierender