

Faxnummer: 040 22802 -420

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -

| | | |
|-------------------------------|--------------|------------|
| sachlich, rechnerisch richtig | Kostenstelle | |
| | 321 | |
| Datum | | Eurobetrag |
| | | |

658055.0 | 350060.2
Zahlungsanordnung

| |
|--|
| |
|--|

Antrag auf Zahlung des sog. Taschengeldes durch die KV Hamburg

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet.

Angaben des Famulanten

Name

| |
|--|
| |
|--|

Vorname

| |
|--|
| |
|--|

Adresse des Hauptwohnsitzes

PLZ

Ort

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschlecht

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

M W

Staatsangehörigkeit

| |
|--|
| |
|--|

Telefon privat oder Handy

E-Mail

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

Universität, an der das Medizinstudium absolviert wird:

| |
|--|
| |
|--|

Konto- und Bankinformationen

Name der Bank

| |
|--|
| |
|--|

IBAN

| |
|--|
| |
|--|

BIC

| |
|--|
| |
|--|

Name und Anschrift des Vertragsarztes (Ausbilder)

ggf. Titel, Vorname, Name

| |
|--|
| |
|--|

Adresse der Vertragsarztpraxis

PLZ

Ort

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

Zeitraum der geplanten Famulatur

Tätig ab

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Tätig bis

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

- ➡ Kopie der Immatrikulationsbescheinigung
- ➡ falls nicht Universität Hamburg: Nachweis des Hauptwohnsitzes in Hamburg (z.B. Kopie des Personalausweises)
- ➡ Nachweis der Staatsbürgerschaft eines EU-Mitgliedsstaats (z. B. Kopie des Personalausweises)
- ➡ bei anderer als Staatsbürgerschaft eines EU-Mitgliedstaats: Nachweis der Asylberechtigung
- ➡ falls die Famulatur nicht in die vorlesungsfreie Zeit fällt: Bescheinigung über ein Freisemester

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Änderungen oder Ergänzungen werde ich dem Arztregister unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.

Weiterhin bestätige ich, den maximalen Auszahlungsbetrag von 300,- € noch nicht vollständig erhalten zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift des Famulanten

➡ **Die folgende Seite lassen Sie bitte von der Vertragsarztpraxis nach Ableistung der Famulatur bestätigen und unterschreiben.**

Faxnummer: 040 22802 -420



Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Bestätigung über eine abgeleistete Famulatur

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten verstanden.

Angaben des Vertragsarztes / MVZ

ggf. Titel, Vorname, Name des Vertragsarztes / Name des MVZ

LANR

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Adresse der Vertragsarztpraxis / des MVZ

PLZ

Ort

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Angaben des Famulanten

Vorname, Name

Zeitraum der abgeleisteten Famulatur

Tätig ab

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Tätig bis

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Famulatur von dem zuvor genannten Studenten regelmäßig, ganztätig und nach den Bestimmungen des § 7 Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) abgeleistet wurde.

Ort und Datum

Unterschrift Vertragsarzt