

sachlich, rechnerisch richtig						Kostenstelle
						11100
Datum						Eurobetrag

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

658055.0	350060.2
Zahlungsanordnung	

Antrag auf finanzielle Förderung im Rahmen der Famulatur durch die KV Hamburg

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Ärztinnen und Psychotherapeutinnen eingeschlossen.

Datenschutz: Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter:

<https://www.kvhh.net/de/datenschutzhinweis.html>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Angaben des Famulanten

Name

Vorname

Adresse des Hauptwohnsitzes

PLZ

Ort

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

Geburtsdatum

Geburtsort

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

Geschlecht

☐ M ☐ W ☐ D

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 (digital im Format JPG oder PDF):

- ➡ Kopie der Immatrikulationsbescheinigung
- ➡ falls nicht Universität Hamburg: Nachweis des Hauptwohnsitzes in Hamburg
- ➡ 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 500,- € noch nicht vollständig erhalten zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift des Famulanten

--

Name in Druckbuchstaben

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

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Praxisstempel

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

Name in Druckbuchstaben