

**Förderantrag für Medizinstudierende  
- Blockpraktikum Allgemeinmedizin -**

**Ich beantrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt eine Förderung für ein Blockpraktikum**

- innerhalb eines Radius von 20 km zur Universität **(150,00 Euro)**  
 außerhalb eines Radius von 20 km zur Universität **(250,00 Euro)**

**Persönliche Daten der/des Studierenden:**       Frau       Herr

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Bankverbindung der/des Studierenden:**

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Universität:**

- Otto-von Guericke-Universität Magdeburg       Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

**Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizufügen:**

- Bestätigung des ausbildenden Arztes über die Durchführung des Blockpraktikums  
 Kopie der aktuellen Studienbescheinigung

**Angaben zur Lehrpraxis:**

Name der Lehrpraxis: \_\_\_\_\_

Anschrift der Lehrpraxis: \_\_\_\_\_  
(Straße, PLZ, Ort)

Zeitraum der Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Name des ausbildungsverantwortlichen  
Vertragsarztes/Angestellten Arztes: \_\_\_\_\_

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  
– Blockpraktikum Allgemeinmedizin -**

**Zur Vorlage bei der KVSA**

**Bestätigung über die Durchführung eines  
Blockpraktikums in der Allgemeinmedizin**

Die/Der Studierende der Medizin \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

war in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Praktikant tätig.

Die Ausbildung ist

unterbrochen worden vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

nicht unterbrochen worden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung der Einrichtung/Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der ausbildendenen Arztes/Ärztin