

## Förderantrag für Medizinstudierende - Famulatur -

Ich beantrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt eine Förderung für eine Famulatur in der

Fachrichtung:

**Persönliche Daten der/des Studierenden:**

Herr

Frau

Name, Vorname:

Straße:

PLZ:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

**Bankverbindung der/des Studierenden:**

Kreditinstitut:

IBAN

BIC:

**Angaben zur Universität:**

Name der Universität:

Semester:

Matrikel-Nr.:

Erster Abschnitt der Ärztlichen  
Prüfung bestanden:

Ja

Nein

**Angaben zur Vertragsarztpraxis/MVZ:**

Name Vertragsarztpraxis/MVZ:

Zeitraum der Tätigkeit:

Art der Famulatur:

Pflichtfamulatur in einer Einrichtung der  
hausärztlichen Versorgung

optionale ambulante Famulatur

Name des ausbildungsverantwortlichen  
Vertragsarztes/Angestellten Arztes:

Dem Antrag ist eine Kopie des Zeugnisses über die Tätigkeit als Famuli beigefügt.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit dieser Angaben.

Ort, Datum:

Unterschrift des Antragstellers:

Wie sind Sie auf die Förderung aufmerksam geworden?

Information durch die Universität

Internetseiten der KVSA

sonstige (bitte angeben):

Ansprechpartnerinnen:

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt  
Frau Marlies Fritsch; Frau Kathrin Hanstein  
Tel.: 0391 627-7461; 0391 627-7459  
Fax: 0391 627-8459; E-Mail: Studium@kvsa.de

**Anlage zum Förderantrag für Medizinstudierende  
- Famulatur -**

Anlage 6 (zu § 7 Abs. 4 Satz 2) der Approbationsordnung für Ärzte

**Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus**

(Fundstelle: BGB.I 2002, 2425; bzgl. einzelner Änderungen vgl. Fußnote)

Die/Der Studierende der Medizin

geboren am  in

ist nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung vom

bis zum  in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht

und Leitung als Famulus tätig gewesen. Während dieser Zeit ist die/der Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten

auf dem Gebiet

beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist

unterbrochen worden vom  bis

nicht unterbrochen worden.

Ort, Datum:

Bezeichnung der Einrichtung,  
bei öffentlicher Stelle Siegel:

Unterschrift des/der  
ausbildenden Arztes/Ärzte: