

Kassenärztliche Vereinigung Bremen  
Abteilung Recht und Zulassung  
Schwachhauser Heerstraße 26/28  
28209 Bremen

**Antrag**  
**auf Ausbildungsbeihilfe im Rahmen der**  
**„Famulatur“**

**Angaben der/ des Studierenden**

Titel, Vorname, Name .....

Adresse: Straße, Hausnummer .....

Adresse: PLZ, Wohnort .....

Geburtsdatum .....

Name der Universität .....

Aktuelles Fachsemester .....

E-Mail .....

Beantragt wird die Auszahlung der Ausbildungsbeihilfe i.H.v. bis zu 500,00€/Monat für folgenden Zeitraum der abgeleisteten Famulatur .....

Hinweise: Die Förderung muss unmittelbar nach dem jeweiligen Famulaturabschnitt, spätestens aber sechs Monate nach Beendigung bei der KV Bremen beantragt werden. Danach erlischt der Anspruch. Bei einer Dauer der Famulatur von unter einem Monat erfolgt die Berechnung des Auszahlungsbetrages anteilig. Die Auszahlung erfolgt direkt auf das Bankkonto des/der Studierenden.

IBAN .....

BIC .....

Kreditinstitut .....

## **Einwilligungserklärung**

Ich willige ein, dass mich die KVHB bezüglich weiterer Informationen zur KVHB-Nachwuchs-Förderung, Veranstaltungen oder Umfragen per E-Mail kontaktieren darf. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos widerrufen werden. Es erfolgt keine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte.

Ja, ich bin einverstanden  
 Nein, ich bin nicht einverstanden

---

Datum

Unterschrift des/der Studierenden

## **Angaben zur Vertragsarztpraxis/zum MVZ**

Name der Vertragsarztpraxis/des MVZ .....

Ausbildungsverantwortliche/r Arzt/Ärztin .....

Praxisadresse: Straße, Hausnummer .....

Praxisadresse: PLZ, Ort .....

Name der/des Studierenden .....

Zeitraum der abgeleisteten Famulatur .....

---

Datum

Unterschrift / Stempel des/der ausbildenden Arztes /Ärztin

## **Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:**

Kopie der aktuellen Studienbescheinigung