

Abteilung Sicherstellung
Ressort KV-Aufgaben/Sonderaufgaben

Fax 06131 326-327

Stempel des ausbildenden Arztes

Antrag auf finanzielle Unterstützung für die Tätigkeit als Famulus

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

■ **Persönliche Daten des Studierenden**

Herr

Frau

Vorname | Name

geboren am

Geburtsort

PLZ | Ort

Straße

Telefonnummer

E-Mail

Ich stimme zu, dass mich die KV RLP zukünftig über Themen der Famulatur, Weiterbildung und Niederlassung per E-Mail informiert. Ein Widerruf meiner Zustimmung ist jederzeit möglich.

Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung bestanden:

ja

nein

Allgemeinmedizin

Kinder- und Jugendmedizin

Zeitraum der Famulatur von – bis (mindestens 30 Kalendertage)

■ **Angaben zur Vertragsarztpraxis | zum MVZ**

Name der Vertragsarztpraxis | des MVZ

BSNR

Name des ausbildungsverantwortlichen Vertragsarztes | des angestellten Arztes

Datum

Unterschrift des Famulus

Unterschrift des ausbildenden Arztes