

Abteilung Sicherstellung
Ressort KV-Aufgaben/Sonderaufgaben

Fax 06131 326-327 oder famulatur@kv-rlp.de

Stempel des ausbildenden Arztes

Antrag auf finanzielle Unterstützung für die Tätigkeit als Famulus gemäß Famulaturrichtlinie

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

■ **Persönliche Daten des Studierenden** Herr Frau

Vorname | Name

geboren am Geburtsort Studienort

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

Ich versichere, dass keine anderweitige Förderung der Famulatur erfolgt. ja

Fachrichtung

Zeitraum der Famulatur von – bis (mindestens 30 Kalendertage)
Der Antrag ist vor Beginn oder während der Famulatur bei der KV RLP zu stellen.

■ 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