



ANTRAG
auf Förderung des PJ-Wahltertials in der Allgemeinmedizin

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Thilo von Engelhardt
Berliner Allee 22
30175 Hannover

Hiermit beantrage ich die Förderung des Wahltertials im Praktischen Jahr in der Praxis eines in Niedersachsen zugelassenen Hausarztes.

Der Förderantrag muss vor Beginn des Wahltertials gestellt werden. Die Mittelvergabe erfolgt nach Antragseingang. Es besteht kein Rechtsanspruch auf Förderung.

Von dem Studenten/der Studentin auszufüllen

| | |
|--------------------------------------|--|
| Name, Vorname: | |
| Anschrift: | |
| E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe): | |
| Geburtsdatum: | |

| | |
|----------------------------------|---|
| Ich studiere Humanmedizin an der | <input type="checkbox"/> Georg-August-Universität Göttingen |
| | <input type="checkbox"/> Medizinischen Hochschule Hannover |
| | <input type="checkbox"/> European Medical School Oldenburg |

Bitte überweisen Sie im Falle einer Förderzusage den Betrag auf folgendes Konto:

| | |
|--------------------------------------|--|
| Kontoinhaber | |
| IBAN | |
| BIC | |
| Name Kreditinstitut | |
| Bei dem Konto handelt es sich um ein | <input type="checkbox"/> Privatkonto <input type="checkbox"/> Geschäftskonto |

Hiermit bestätige ich, dass ich immatrikulierte/r Student/in der o.g. Hochschule bin und zum Praktischen Jahr zugelassen wurde.

Den Nachweis über die Zulassung zum Praktischen Jahr und den Zeitraum habe ich beigefügt.

Ich verpflichte mich, den Förderbetrag in voller Höhe im Falle des Nichtantritts oder des vorzeitigen Ende des Wahltertials an die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen zurückzuzahlen.

Ort/Datum

Unterschrift des/der Studierenden



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Vom Lehrstuhl Allgemeinmedizin auszufüllen

Hiermit bestätigen wir, dass der/die antragstellende Student/in in dem Zeitraum: von _____ bis _____ das PJ-Wahltertial in der Allgemeinmedizin absolviert und die Lehrpraxis von uns als PJ-Praxis anerkannt ist.

Name der Lehrpraxis/des ausbildenden Arztes

Nach Beendigung der Ausbildung übersenden wir der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen einen Ausbildungsnachweis.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen auszufüllen

Planungsbereich:

Grad der hausärztlichen Versorgung zum Antragszeitpunkt im Plaungsbereich:

Förderung in Höhe von 1.600€ (400€/Monat) bei Versorgungsgrad \geq 95% bewilligt.

Förderung in Höhe von 2.400€ (600€/Monat) bei Versorgungsgrad $<$ 95% bewilligt.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift