



QR-Code nur
für den **internen**
KVWL-Gebrauch

Wichtige Hinweise:

Unsere Antragsunterlagen haben sich geändert.
Bitte verwenden Sie für die Einreichung eines Antrages auf Förderung
unsere E-Mail-Adresse antragpraxisstart@kvwl.de. Ihre allgemeinen
Fragen richten Sie bitte an sonderfoerderprogramm@kvwl.de.

Bewerbungsbogen – Landarztstarter_in

Bitte leserlich in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen!

Hinweis: Ein Beginn der Fördermaßnahme ist grundsätzlich nur zum 1. oder 15. eines Kalendermonats möglich.

Titel, Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Straße/Hausnummer		
PLZ/Ort		
Facharztbezeichnung		
Telefon/Mobiltelefon		
E-Mail		

1.	Ich war bereits vertragsärztlich ambulant tätig		☐ ja ☐ nein		
	im KV-Gebiet:		von (Datum)	bis	
	im Rahmen einer	☐ Anstellung ☐ Zulassung	in einer	☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft ☐ MVZ	
2.	Ich wurde im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt gefördert		☐ ja ☐ nein		
	im KV-Gebiet:		von (Datum)	bis	
3.	Zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Facharzt für				
	Klinikum		von (Datum)	bis	
	Andere KV-Region		von (Datum)	bis	
	Weiterbildung		von (Datum)	bis	
	Elternzeit		von (Datum)	bis	
	Sonstiges		von (Datum)	bis	

4.	2. Ich stehe für das geplante Projekt in Vollzeit oder max. Wochenarbeitszeit von		Stunden
	ab Datum		zur Verfügung.

Hinweis: Ein Beginn der Fördermaßnahme ist grundsätzlich nur zum 1. oder 15. eines Kalendermonats möglich.

5.	Ich besitze folgende Zusatz-Weiterbildungen und/oder anderweitige Genehmigungen

6.	Nach Abschluss des Projektes strebe ich eine vertragsärztliche Tätigkeit im Hochsauerlandkreis an	
	☐ ja	☐ in Vollzeit ☐ in Teilzeit
	ja - aber nur	☐ im Rahmen einer Zulassung
		☐ im Rahmen einer Anstellung
		☐ im Rahmen einer Einzelpraxis
		☐ Im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft
	weiß ich noch nicht	☐

Der HSK mit den förderfähigen Gemeinden/Kommunen:



7.	Ich habe keine Präferenz hinsichtlich eines Einsatzortes in den Gemeinden / Städten im Hochsauerlandkreis ☐		
	oder		
	Ich möchte eine Praxis kennenlernen in (Mehrfachauswahl möglich)		
	Bestwig ☐	Brilon ☐	Eslohe ☐
	Hallenberg ☐	Marsberg ☐	Medebach ☐
	Meschede ☐	Olsberg ☐	Schmallenberg ☐
	Sundern ☐	Winterberg ☐	

8.	Zu folgenden Themen benötige ich Unterstützung	
	☐	Wohnen/Leben im HSK
	☐	Abrechnung und Verordnung
	☐	Betriebswirtschaftliche Aspekte
	☐	Praxisführung und Personal
☐	Sonstiges	

Ich übersende diese notwendigen Unterlagen als Anlage:

- ☐ Aktueller, unterschriebener Lebenslauf
- ☐ Facharzturkunde (einfache Beglaubigung ausreichend)
- ☐ Auszug aus dem Arztregister (sofern vorhanden)
- ☐ Polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 6 Monate bei Bewerbungseingang) zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 Bundeszentralregistergesetz (BZRG) **oder**
- ☐ Bestätigung (Quittung) der Beantragung eines Führungszeugnisses. Das Führungszeugnis wird nachgereicht, sobald es vorliegt.

Erklärung zur Datenerhebung

- ☐ Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt.

Erklärung hinsichtlich Drogen- und Alkoholabhängigkeit

- ☐ Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht war. Ich erkläre weiter, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nicht unterzogen habe und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Ich habe die **Förderrichtlinie** zur Kenntnis genommen und mich über die Teilnahmebedingungen des Programms informiert.

Ort, Datum

Unterschrift Landarztstarter_in

Adresse

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Team Nachwuchsförderung
Robert-Schimrigk-Straße 4 – 6
44141 Dortmund
oder per Fax an 0231 / 94 32 - 8 04 02

Ansprechpartnerin

Babette Andresen

Tel.: 0231 / 94 32 13 93