

Kassenärztlich Vereinigung Brandenburg
Unternehmensbereich 4 – Sicherstellung
Fax-Nr.: 0331 / 2309 – 383

Name des beantragenden Arztes: _____

Praxisstempel:

Aufwandsentschädigung für die Betreuung von Medizinstudenten

Die Auszahlung erfolgt auf Grundlage der *Ausführungsbestimmungen zur Vergabe der finanziellen Fördermittel im Rahmen der Maßnahmen zur Gewinnung von medizinischem Nachwuchs* der KVBB (nachzulesen auf der Webseite der KVBB unter Ärzte für Brandenburg / Studium/Weiterbildung / Studenten). Für die Auszahlung bedarf es einer schriftlichen Anforderung des Arztes.

Name des Medizinstudenten: _____

Die Aufwandsentschädigung wird auf die von Ihnen angegebene Bankverbindung überwiesen.

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber : _____

Die KVBB möchte die Vermittlung von Medizinstudenten an ausbildende Ärzte unterstützen. Daher möchten wir uns auf diesem Wege bei Ihnen erkundigen, ob Sie auch weiterhin für die Betreuung von Medizinstudenten im Rahmen von Famulaturen zur Verfügung stehen.

- Ja, ich möchte auch weiterhin für die Betreuung von Medizinstudenten zur Verfügung stehen.
- Nein, ich möchte nicht weiter für die Betreuung von Medizinstudenten zur Verfügung stehen.

Die Liste der für Famulaturen zur Verfügung stehenden Praxen möchten wir auch auf der Internetseite der KVBB und der KBV veröffentlichen. Dafür sollen folgende Daten veröffentlicht werden: Namen des Vertragsarztes, Fachrichtung, Praxisanschrift, Praxistelefonnummer.

- Ja, ich bin damit einverstanden, dass diese Daten für die Vermittlung von Famulaturen auf der **Internetseite der KVBB** unter www.kvbb.de veröffentlicht werden.
- Nein, ich bin nicht damit einverstanden, dass diese Daten für die Vermittlung von Famulaturen auf der Homepage der KVBB veröffentlicht werden.

Datum, Unterschrift