

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung  
BrandenburgKassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Sicherstellung  
Pappelallee 5  
14469 PotsdamKörperschaft des öffentlichen Rechts  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung / SicherstellungE-Mail: [arzt-werden@kvbb.de](mailto:arzt-werden@kvbb.de)

## Antrag für Studierende der Humanmedizin - Förderung von Praktika im ambulanten Bereich

Die Antragstellung der Studierendenförderung muss innerhalb von **4 Wochen nach Beendigung des Praktikums** bei der KV Brandenburg eingegangen sein. **Nur vollständige Antragsunterlagen können bearbeitet werden!**

**Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:**

- **Kopie der zum Zeitpunkt des Praktikums gültigen Studienbescheinigung**

**Ich beantrage bei der KV Brandenburg eine Förderung für (bitte ankreuzen):**

Praxistage/Praxiswoche (2. – 5. Sem.)	eine Famulatur (5. – 10. Sem.)	ein Blockpraktikum (8. – 10. Sem.)	ein Tertial des PJ (11. – 12. Sem.)
<b>Zeitraum der Tätigkeit:</b> von _____ bis _____			
Das Praktikum ist unterbrochen worden			
<input type="radio"/> nein			
<input type="radio"/> ja von _____ bis _____			

Bitte hier ankreuzen, falls Sie Ihr Praktikum aus einem späteren Semester vorgezogen haben.

### Antragsteller/in

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

E-Mail, Telefon: \_\_\_\_\_

Universität: \_\_\_\_\_

### Bankverbindung Antragsteller/in

IBAN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

## Durchführungsbestätigung der Lehrpraxis

(ohne Durchführungsbestätigung ist die Auszahlung der Förderung nicht möglich)

Hiermit bestätige ich (Name betreuende/r Ärztin/Arzt), \_\_\_\_\_, dass die Antragstellerin/ der Antragsteller im oben stehenden Zeitraum in meiner Praxis unter meiner Aufsicht und Leitung tätig war.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel/Unterschrift Lehrpraxis



Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Sicherstellung  
Pappelallee 5  
14469 Potsdam

E-Mail: [arzt-werden@kvbb.de](mailto:arzt-werden@kvbb.de)

Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

## Antrag für Lehrpraxen - Aufwandsentschädigung für die Betreuung von Medizinstudierenden

Ich beantrage bei der KV Brandenburg eine Aufwandsentschädigung für die Betreuung von:

Auflistung der/des Studierenden:

für das Praktikum im Zeitraum:

_____	von _____	bis _____
<small>Name der/des 1. Studierenden:</small>	<small>TT.MM.JJJJ</small>	<small>TT.MM.JJJJ</small>
_____	von _____	bis _____
<small>Name der/des 2. Studierenden:</small>	<small>TT.MM.JJJJ</small>	<small>TT.MM.JJJJ</small>
_____	von _____	bis _____
<small>Name der/des 3. Studierenden:</small>	<small>TT.MM.JJJJ</small>	<small>TT.MM.JJJJ</small>
_____	von _____	bis _____
<small>Name der/des 4. Studierenden:</small>	<small>TT.MM.JJJJ</small>	<small>TT.MM.JJJJ</small>
_____	von _____	bis _____
<small>Name der/des 5. Studierenden:</small>	<small>TT.MM.JJJJ</small>	<small>TT.MM.JJJJ</small>
_____	von _____	bis _____
<small>Name der/des 6. Studierenden:</small>	<small>TT.MM.JJJJ</small>	<small>TT.MM.JJJJ</small>

### Kontoverbindung der Lehrpraxis:

IBAN: \_\_\_\_\_

Name Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel/Unterschrift Antragsteller/in

Die Auszahlung für Medizinstudierende und Praxen 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 Praxiseinstieg / Studium/Weiterbildung / Studierende) und nur soweit Fördermittel zur Verfügung stehen.