



**Antrag auf Förderung des Blockpraktikums  
Allgemeinmedizin im ländlichen Raum**  
(Antrag muss spätestens 4 Wochen nach Ende des Blockpraktikums  
eingereicht werden)

**1. Persönliche Daten** (bitte vollständig ausfüllen)

Anrede \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße u. Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Matrikelnummer \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Stiftung     Ärztescout/UKJ     Messe/Veranstaltung     Internet/Werbung  
 Arztpraxis     Freunde/Bekannte     KVT/Kompetenzzentrum     \_\_\_\_\_

**2. Blockpraktikum Allgemeinmedizin in einer Lehrpraxis im ländlichen Raum Thüringens bis 25.000 Einwohnern**

Beginn Praktikum \_\_\_\_\_ Ende Praktikum \_\_\_\_\_

**Lehrpraxis:**

Name des Arztes/der Ärztin \_\_\_\_\_

Anschrift der Einrichtung \_\_\_\_\_

**3. Aufwand für notwendige Übernachtungen** (falls stattgefunden, Belege bitte beifügen)

Anschrift der Unterkunft: \_\_\_\_\_

Anzahl der Übernachtungen \_\_\_\_\_ Tage    angefallene Kosten \_\_\_\_\_ Euro

**4. Folgende Unterlagen liegen meinem Antrag gesondert bei** (bitte ankreuzen/beifügen)

- Studienbescheinigung über die Durchführung des Studiums der Humanmedizin (kein Studierendenausweis)  
 ggf. Beleg für angefallene Übernachtungskosten (nur bei angefallenen Übernachtungskosten)

**5. Bestätigung des Blockpraktikums**

Für Studenten der FSU Jena:

Hiermit wird zugestimmt, dass das Institut für Allgemeinmedizin in Jena der Stiftung für ambulante ärztliche Versorgung Thüringen direkt bestätigt, dass der/die Antragsteller/in am Blockpraktikum Allgemeinmedizin in der auf dem Antrag angegebenen Lehrpraxis und zum angegebenen Zeitraum teilgenommen hat.

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

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

**Bitte Seite 1 und 2 ausfüllen**



## **Antrag auf Förderung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin im ländlichen Raum** (Antrag muss **spätestens 4 Wochen nach Ende des Blockpraktikums** eingereicht werden)

### Für Studenten anderer Universitäten als der FSU Jena:

Bitte fügen Sie eine schriftliche Bestätigung Ihrer Universität bei, in der bestätigt wird, dass es sich bei dem zur Förderung beantragten Praktikum um ein Blockpraktikum Allgemeinmedizin im Rahmen Ihrer Studienordnung handelt.

### **6. Bankverbindung für die Auszahlung der Förderung**

Name der Bank \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Name Empfänger/in \_\_\_\_\_

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

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

### **Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten grundsätzlich zur Abwicklung unserer Geschäftsbeziehung mit Ihnen zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen und zur Ausführung von Aufträgen. Weitere Informationen können Sie unseren Hinweisen zum Datenschutz gem. Art. 13/14 DS-GVO auf unserer Webseite [www.savth.de](http://www.savth.de) entnehmen.

Die Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen möchte Sie in diesem Zusammenhang über Neuigkeiten und Fördermöglichkeiten telefonisch, per Post oder per E-Mail kontaktieren und beraten. Dies dient der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in Thüringen, wobei Sie über die Suche nach Praxisnachfolger:innen in Thüringen, der Förderung von Praxisneugründungen sowie zu neuen Förderprojekten im Rahmen der Weiterbildung informiert werden sollen. Dabei werden neben Ihren Stammdaten (Name, Adresse, Geburtsdatum) auch Ihre Kontakt- (Telefonnummer und E-Mail-Adresse) sowie Weiterbildungsdaten (Fachrichtung, Beginn und Ende) verarbeitet.

Zu diesem genannten Zweck möchten wir Ihre personenbezogenen Daten auch zur Datenverarbeitung an die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen und das Kompetenzzentrum Weiterbildung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8 in 99425 Weimar übermitteln.

Mit der nachfolgenden Unterschrift willige ich ein, dass die Stiftung meine personenbezogenen Daten verarbeiten sowie übermitteln darf.

Mir ist bekannt, dass

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Stiftung widerrufen kann.
- mir aus meiner Verweigerung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Nachwuchsförderung entstehen.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem, dass ich die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden habe.**

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

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