

Antrag auf Förderung des Blockpraktikums

(vor Antritt des Blockpraktikums ist Teil I einzureichen,
Teil II bis 2 Wochen nach Ende Block IV.)

1. Persönliche Daten (Bitte vollständig ausfüllen!)

TEIL I

Anrede _____ Titel _____ Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Email _____

Matrikelnummer: _____ Geburtsdatum _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (freiwillige Angabe, zutreffendes bitte ankreuzen)

- Arbeitskollegen/Familie/Bekannte FSU Jena
 Internet Presse/Flyer/Werbung _____

2. Blockpraktikum-Abschnitt in einer ärztlich geleiteten Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder einer geeigneten ärztlichen Praxis, bzw. in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen:

Beginn Blockpraktikum _____ Ende Blockpraktikum _____

Lehrpraxis (Anschrift) _____

Teilnahme am Blockpraktikum wird durch FSU bestätigt _____

3. Folgende Unterlagen liegen meiner Bewerbung gesondert bei (bitte ankreuzen und beifügen)

- Bescheinigung über die Durchführung des Studiums der Humanmedizin (Studentenausweis)
 Bestätigung durch den betreuenden Arzt über die Ableistung des Blockpraktikums
(bitte nach Beendigung des Blockpraktikums unaufgefordert nachreichen)

4. Bankverbindung für die Auszahlung der Förderung nach Ableistung des Blockpraktikums

Name der Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Name Empfänger _____

Ort, Datum, Unterschrift

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten zu meiner Person unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes gespeichert werden. Die Daten werden gemäß aktueller Datenschutzgesetzgebung

Bitte zurück an:
Stiftung zur Förderung ambulanter ärztlicher Versorgung in Thüringen
Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar



Antrag auf Förderung des Blockpraktikums

(vor Antritt des Blockpraktikums ist Teil I einzureichen,
Teil II bis 2 Wochen nach Ende Block IV.)

behandelt und nicht an Dritte weitergegeben (ausgenommen Punkt 2 Einwilligung Datenweitergabe an Apo-Bank).

TEIL II

Anrede _____ Titel _____ Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Auflistung der Ausgaben (bitte ALLE Belege anheften!) und Begründung:

Gesamtbetrag: _____

Erstattet werden Kosten, die im Rahmen des Blockpraktikums Allgemeinmedizin in einer entlegenen Praxis anfallen.

(Erstattungsfähig sind 60 Straßenkilometer pro Strecke bis zur Praxis oder der zeitliche Aufwand von 60 Min Fahrtzeit bis zur Praxis in Städten/Gemeinden mit einer Einwohnerzahl kleiner 25.000 Einwohnern.)

Nachweis über:

1. Fahrtkosten für Strecken sowie die zeitlichen Verbindungen (Nachweis des Tickets)
2. Kosten für Übernachtungen (Nachweis der Rechnung)
3. Kosten für Tankfüllung, es werden gefahrene Kilometer mit pauschal 0,17 Euro pro Kilometer veranschlagt.
4. Kosten für Mietwagen (Rechnung Mietwagen)

Eine Kostenerstattung kann nur bis max. 200 Euro erfolgen, solange finanzielle Mittel zur Verfügung stehen.