



Informationen zur Erfüllung der Vertragsziele (bei Vergabe eines Thüringen-Stipendiums)

Persönliche Daten

Anrede _____ Titel _____ Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Informationen gemäß Vertrag (Thüringen-Stipendium) (zutreffendes bitte ankreuzen/ausfüllen)

- Ich habe die vorgeschriebene Weiterbildung zu dem Fachgebiet Allgemeinmedizin/
Augenheilkunde (zutreffendes bitte unterstreichen) absolviert:
 - ja, Ende der Weiterbildung am _____
 - nein, voraussichtliches Ende der Weiterbildung am _____
 - Weiterbildung wird momentan unterbrochen von/bis _____
 - Weiterbildung wurde abgebrochen am _____
 - sonstige Angaben: _____

- Ich habe an der entsprechenden Facharztprüfung teilgenommen (**bitte Kopie der
Facharztanerkennung beifügen**):
 - ja, am _____ Facharztanerkennung erhalten am _____
 - nein, ich habe noch nicht teilgenommen
 - voraussichtlicher Termin am _____
 - sonstige Angaben: _____

- Ich nehme nach erfolgreichem Abschluss der Facharztweiterbildung für die Dauer
von mindestens 4 Jahren als Fachärztin/Facharzt an der vertragsärztlichen Versor-
gung in Thüringen teil (**bitte Kopie des Zulassungsbescheides/Anstellungsvertrages
beifügen**):
 - vorerst Anstellung als Praxisassistent/-in
von/bis _____ Ort _____ wöchentliche Arbeitszeit _____
 - ja, in eigener Niederlassung
ab _____ Ort _____ wöchentliche Arbeitszeit _____
 - nein, aber geplante eigene Niederlassung
ab _____ Ort _____ wöchentliche Arbeitszeit _____
 - ja, in Anstellung
ab _____ Ort _____ wöchentliche Arbeitszeit _____
 - nein, aber geplante Anstellung
ab _____ Ort _____ wöchentliche Arbeitszeit _____
 - sonstige Angaben: _____

Ort, Datum, Unterschrift