



QR-Code nur
für den **internen**
KVWL-Gebrauch

Wichtige Hinweise:

Unsere Antragsunterlagen haben sich geändert.
Bitte verwenden Sie für die Einreichung eines Antrages auf Förderung
unsere E-Mail-Adresse antragpraxisstart@kvwl.de. Ihre allgemeinen
Fragen richten Sie bitte an sonderfoerderprogramm@kvwl.de.

Bewerbungsbogen - Mentoren-Praxis

Bitte leserlich in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen!

Die folgende Praxis kann einen Landarztstarter für 6 bis 9 Monate aufnehmen:

Name der Praxis			
BSNR			
Einzelpraxis	Berufsausübungsgemeinschaft	MVZ	
Praxisadresse			
Telefon/Mobiltelefon			
E-Mail			
Homepage			

Ärztinnen/Ärzte in der Praxis (Vor- und Nachname/n):

•
•
•
•
•
•

1.	Die Praxis verfügt über eine		monatige Weiterbildungsbefugnis Allgemeinmedizin der ÄKWL.
2.	Die Praxis verfügt über eine		monatige Weiterbildungsbefugnis Kinder- und Jugendheilkunde der ÄKWL
3.	Die Praxis hat in den vergangenen fünf Jahren		Ärzte in Weiterbildung und/oder Qualifizierungsassistenten in der Praxis beschäftigt.

4.	Nach dem Projekt besteht grundsätzlich Interesse an einer weiteren Zusammenarbeit mit		
	einem Landarzt-starter	ja	nein
	Falls ja,		
	im Rahmen einer Anstellung		
	im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft		
		im Rahmen einer Praxisübernahme	
		Sonstiges	

5.	Die Praxis bietet	
	eigenes Behandlungszimmer inkl. EDV für den Landarztstarter	
	Kooperation mit Pflegeheimen	
	DMP	
	Unterstützung durch eine EVA/VERAH	
	Videosprechstunde	
	„Papierlose Praxis“	
	Alternative Heilmethoden	
	Praxis-Auto / Fahrrad / Sonstiges	
Besondere Diagnostik / Sonstiges		

6.	Die Praxis ist ausgestattet mit	
	Sonographiegerät	
	Labor	
	Langzeit-EKG	
	Lungenfunktionsdiagnostik	
	Videosprechstundenplatz	
	QM-Zertifizierung nach	
	Sonstiges	

7.	Bitte tragen Sie hier Ihre Zusatz-Weiterbildungen / -qualifikationen ein.
	•
	•
	•
	•
	•
	•

Erklärung zur Datenerhebung

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt.

Ich habe die [Förderrichtlinie](#) zur Kenntnis genommen und mich über die Teilnahmebedingungen des Programms informiert.

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift Praxismentor/en

Adresse

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
 Team Nachwuchsförderung
 Robert-Schimrigk-Straße 4 – 6
 44141 Dortmund
 oder per Fax an 0231 / 94 32 - 8 04 02

Ansprechpartnerin

Babette Andresen Tel.: 0231 / 94 32 13 93

