



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](mailto:antragpraxisstart@kvwl.de). Ihre allgemeinen  
Fragen richten Sie bitte an [sonderfoerderprogramm@kvwl.de](mailto:sonderfoerderprogramm@kvwl.de).

## Bewerbungsbogen – Mentoren-Praxis

Bitte leserlich in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen!

|                      |                             |     |
|----------------------|-----------------------------|-----|
| 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 hat in den vergangenen fünf Jahren |  | Ärzte in Weiterbildung und/oder Qualifizierungsassistenten<br>in der Praxis beschäftigt. |
|----|-----------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |                                                                                       |                                 |      |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------|
| 3. | Nach dem Projekt besteht grundsätzlich Interesse an einer weiteren Zusammenarbeit mit |                                 |      |
|    | einem Praxisdurch-<br>starter                                                         | ja                              | nein |
|    | Falls ja,                                                                             |                                 |      |
|    | im Rahmen einer Anstellung                                                            |                                 |      |
|    | im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft                                           |                                 |      |
|    |                                                                                       | im Rahmen einer Praxisübernahme |      |
|    |                                                                                       | Sonstiges                       |      |

|                                  |                                                                |  |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| 4.                               | Die Praxis bietet                                              |  |
|                                  | Eigenes Behandlungszimmer inkl. EDV für den Praxisdurchstarter |  |
|                                  | Kooperation mit Pflegeheimen                                   |  |
|                                  | DMP                                                            |  |
|                                  | Unterstützung durch eine EVA/VERAH                             |  |
|                                  | Videosprechstunde                                              |  |
|                                  | „Papierlose Praxis“                                            |  |
|                                  | Alternative Heilmethoden                                       |  |
|                                  | Praxis-Auto / Fahrrad / Sonstiges                              |  |
| Besondere Diagnostik / Sonstiges |                                                                |  |

|    |                                 |  |
|----|---------------------------------|--|
| 5. | Die Praxis ist ausgestattet mit |  |
|    | Sonographiegerät                |  |
|    | Labor                           |  |
|    | Langzeit-EKG                    |  |
|    | Lungenfunktionsdiagnostik       |  |
|    | Videosprechstundenplatz         |  |
|    | QM-Zertifizierung nach          |  |
|    | Sonstiges                       |  |

|    |                                                                           |
|----|---------------------------------------------------------------------------|
| 6. | 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

#### Ansprechpartner

Kristina Siebald      Tel.: 0231 / 94 32 38 12

Stand 9/2025