



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 – **Praxisdurchstarter_in**

Bitte leserlich in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen!

Hinweis: Ein Beginn der Fördermaßnahme ist grundsätzlich nur zum 1. oder 15. eines Kalendermonats möglich.

Titel, Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße/Hausnummer	
PLZ/Ort	
Facharztbezeichnung	
Telefon/Mobiltelefon	
E-Mail	

1.	Ich war bereits vertragsärztlich ambulant tätig		☐ ja ☐ nein	
	im KV-Gebiet:		von (Datum)	bis
	im Rahmen einer		☐ Anstellung ☐ Zulassung	in einer ☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft ☐ MVZ

	Ich wurde im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt gefördert		☐ ja ☐ nein	
	im KV-Gebiet:		von (Datum)	bis

	Zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Facharzt für					
	Klinikum		von (Datum)		bis	
	Andere KV-Region		von (Datum)		bis	
	Weiterbildung		von (Datum)		bis	
	Elternzeit		von (Datum)		bis	
	Sonstiges		von (Datum)		bis	

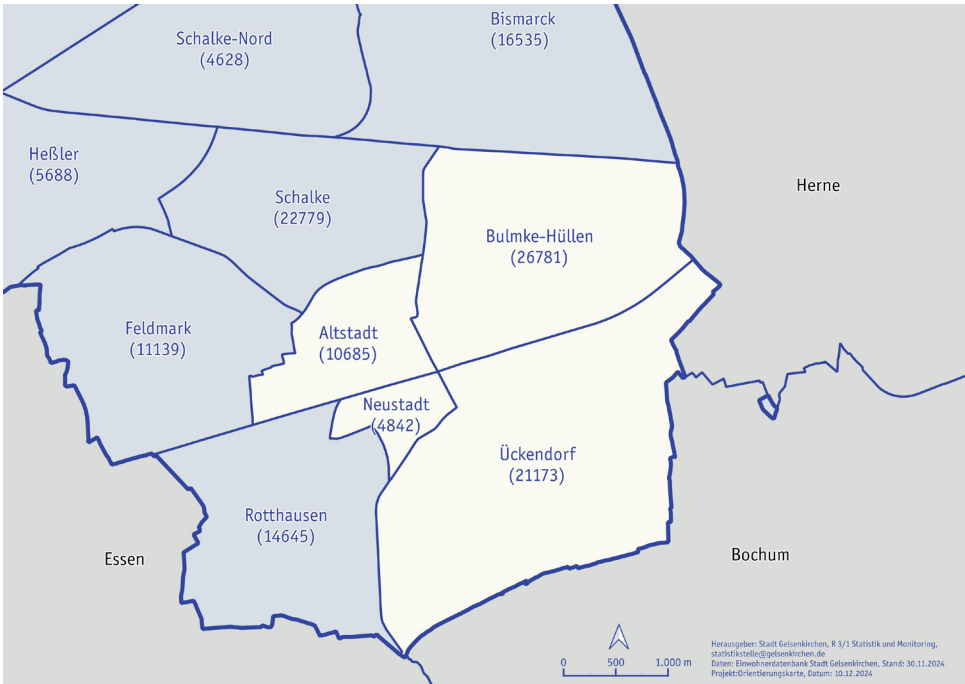
2.	2. Ich stehe für das geplante Projekt in Vollzeit oder max. Wochenarbeitszeit von		Stunden
	ab Datum	zur Verfügung.	

Hinweis: Ein Beginn der Fördermaßnahme ist grundsätzlich nur zum 1. oder 15. eines Kalendermonats möglich.

3.	Ich besitze folgende Zusatz-Weiterbildungen und/oder anderweitige Genehmigungen	

4.	Nach Abschluss des Projektes strebe ich eine vertragsärztliche Tätigkeit in der Stadt Gelsenkirchen an		
	☐ ja ☐ in Vollzeit ☐ in Teilzeit		
	ja - aber nur	☐	im Rahmen einer Zulassung
		☐	im Rahmen einer Anstellung
		☐	im Rahmen einer Einzelpraxis
	weiß ich noch nicht	☐	

Hier sehen Sie die teilnehmenden Stadtteile Altstadt/Neustadt, Bulmke-Hüllen und Ückendorf (in weiß) inkl. Einwohnerzahl (Stand: 2024)



5.	Ich habe keine Präferenz hinsichtlich eines Einsatzortes in den Stadtteilen von Gelsenkirchen ☐	
	oder	
	Ich möchte eine Praxis kennenlernen in (Mehrfachauswahl möglich)	
	☐	Altstadt/Neustadt
	☐	Bulmke-Hüllen
☐	Ückendorf	

6.	Zu folgenden Themen benötige ich Unterstützung	
	☐	Wohnen/Leben in Gelsenkirchen
	☐	Abrechnung und Verordnung
	☐	Betriebswirtschaftliche Aspekte
	☐	Praxisführung und Personal
	☐	Sonstiges

Ich übersende diese notwendigen Unterlagen als Anlage:

- ☐ Aktueller, unterschriebener Lebenslauf
- ☐ Facharzturkunde (einfache Beglaubigung ausreichend)
- ☐ Auszug aus dem Arztregister (sofern vorhanden)
- ☐ Polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 6 Monate bei Bewerbungseingang) **oder**
- ☐ Bestätigung (Quittung) der Beantragung eines Führungszeugnisses zur Vorlage bei Einer Behörde nach § 30 Abs. 5 B undeszentralregistergesetz (BZRG). Das Führungszeugnis wird nachgereicht, sobald es vorliegt.

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.

Erklärung hinsichtlich Drogen- und Alkoholabhängigkeit

- ☐ Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht war. Ich erkläre weiter, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nicht unterzogen habe und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Ich habe die **Förderrichtlinie** zur Kenntnis genommen und mich über die Teilnahmebedingungen des Programms informiert.

Ort, Datum

Unterschrift Praxisdurchstarter_in

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