

**Kassenärztliche Vereinigung  
Mecklenburg-Vorpommern**  
Abteilung Sicherstellung  
Neumühler Straße 22



**19057 SCHWERIN**

**Antrag  
auf finanzielle Unterstützung von Medizinstudenten im  
Praktischen Jahr**

(s. Rückseite)

Hiermit beantrage ich:

Name des Vertragsarztes .....

Fachgebiet .....

Praxisort.....

für den/die Medizinstudenten/in

.....

im ..... Studienjahr der Universität.....

die Unterstützungszahlung.

In der Zeit

vom ..... bis zum .....

wird das Praktikum in meiner Praxis unter meiner Leitung und Aufsicht abgeleistet.

Konto des Studenten:

Name: .....

Kto.Nr.: ..... **IBAN**.....

BLZ: ..... **BIC**.....

Name der Bank: .....

....., den .....

Ort

Datum

.....  
Unterschrift und Stempel  
des Vertragsarztes

## **Auszug**

### **Statut über die Durchführung von Gemeinschaftsaufgaben und von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern Abschnitt V**

#### **V.**

#### **Unterstützung von Famuli/Studenten**

Studierende der Medizin können bei Absolvierung des Praktischen Jahres in niedergelassenen allgemeinmedizinischen Praxen in Mecklenburg-Vorpommern eine finanzielle Unterstützung von 100 € je vollem Monat erhalten. Diese Unterstützungszahlung ist begrenzt auf eine Höchstdauer von vier Monaten.

Voraussetzungen für diese Unterstützungszahlung: \*

- Vorlage der Vereinbarung, welche zwischen der Universität und der Ausbildungspraxis abgeschlossen wurde,
- Vorlage der zwischen der Praxis und dem Studierenden getroffenen Vereinbarung mit den Ausbildungsinhalten und der Ausbildungsdauer.

Im Übrigen finden die Vorschriften der jeweils gültigen Approbationsordnung in Verbindung mit der Studienordnung der zuständigen Universität über die Regelung zum Praktischen Jahr Anwendung.

Die Regelung ist befristet bis zum 31.12.2015.

**\* Neben den in den Voraussetzungen genannten Nachweisen, sind der Studenausweis der Universität und die Kopie des Personalausweises dem Antrag beizufügen !!**