FamuLAND
Die KVB-Förderung
für die Famulatur

KVB
Kassenärztliche
Vereinigung
Bayerns

Antrag
Famulaturförderung FamuLAND
Sommersemester 2025

gemäß Anhang 4.1 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds (im Folgenden: „Sicherstellungsrichtlinie“)

Allgemeine Hinweise:

- Förderungsempfänger können alle Studierenden sein, die an einer deutschen Hochschule im Fach Humanmedizin eingeschrieben sind, wenn sie gemäß den jeweils maßgeblichen ausbildungsrechtlichen Vorschriften zur Ableistung der Famulatur berechtigt und die Förderungsvoraussetzungen der Sicherstellungsrichtlinie erfüllt sind.
- Es können maximal zwei Famulaturen desselben Antragstellers gefördert werden.
- Die Antragstellung ist zwei Kalendermonate vor dem ersten Tag der durch die Universität Bayern e.V. festgelegten vorlesungsfreien Zeit an bayerischen Universitäten und bis spätestens vier Wochen nach Ende der absolvierten Famulatur möglich.
- **Ein Rechtsanspruch auf Förderung besteht nicht.**

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller: Medizinstudierende, die Famulatur ableisten

Name _____ **Vorname** _____

Geburtsdatum _____

Straße _____ **Hausnummer** _____

Postleitzahl _____ **Ort** _____

E-Mail-Adresse _____

Telefonnummer _____

Universität _____

FamuLAND
Die KVB-Förderung
für die Famulatur

KVB
Kassenärztliche
Vereinigung
Bayerns

2. Zeitraum der Famulatur

Die Famulatur wird/wurde im folgenden Zeitraum absolviert:

Beginn: _____ (tt.mm.jjjj) **Ende:** _____ (tt.mm.jjjj)

Bitte beachten Sie: Förderfähig sind nur vollständig absolvierte und von der Universität anerkennungsfähige Famulaturen, die sich mindestens über einen Monat erstrecken.

3. Ihre ausbildende Vertragsarztpraxis / Ihr ausbildendes MVZ

BSNR: („Betriebsstättennummer“ → bitte bei der betreffenden Praxis/dem MVZ erfragen)

_____

Praxis/MVZ:

_____
Name

_____ _____
Straße **Hausnummer**

_____ _____
Postleitzahl **Ort**

Die Famulatur erfolgt/erfolgte bei folgender **Arztgruppe** (nur ein Kästchen ankreuzen):

- ☐ Hausärzte
- ☐ Augenärzte
- ☐ Chirurgen und Orthopäden
- ☐ Frauenärzte
- ☐ Fachinternisten
- ☐ Kinder- und Jugendpsychiater
- ☐ HNO-Ärzte
- ☐ Nervenärzte
- ☐ Humangenetiker
- ☐ Anästhesisten
- ☐ Kinder- und Jugendärzte
- ☐ Laborärzte
- ☐ Neurochirurgen
- ☐ Nuklearmediziner
- ☐ Radiologen
- ☐ Strahlentherapeuten
- ☐ Hautärzte
- ☐ Nuklearmediziner
- ☐ Physikalische – und Rehabilitations-Mediziner
- ☐ Pathologen
- ☐ Psychotherapeuten
- ☐ Urologen
- ☐ Transfusionsmediziner
- ☐ Sonstiges

4. Ihre Kontoverbindung

Auf dieses Konto überweisen wir nach bewilligtem Antrag Ihre Gesamtfördersumme vorbehaltlich der Einreichung des entsprechenden Nachweises. Bitte beachten Sie die Zweckbindung unserer Förderung.

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

5. Bestätigung und Selbsterklärungen des Antragstellers

☐ Die **Bestätigung** über die absolvierte Famulatur **liegt bereits vor** (**Kopie** bitte beifügen).

☐ Die Bestätigung über die absolvierte Famulatur liegt noch nicht vor und wird **nachgereicht** (per E-Mail an auf der nächsten Seite aufgeführtes Postfach des jeweiligen Regierungsbezirks).
Der Nachweis muss spätestens in dem nach Ableistung der Famulatur folgenden Kalendervierteljahr bei der KVB vorliegen. Ist dies nicht der Fall, ist die gewährte Förderung zurückzuzahlen.

☐ Ich erkläre hiermit, dass ich für die im Antrag benannte Famulatur **keine weiteren Förderungen oder Subventionen durch Dritte** (wie bspw. das Famulaturförderprojekt der Stiftung des Bayerischen Hausärzteverbandes und der TK) in Anspruch nehme.

☐ Ich bestätige, dass kein Insolvenzverfahren über mein Vermögen eröffnet bzw. Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens gegen mich gestellt wurde.

6. Schriftliche Verpflichtungen des Antragstellers

☐ Ich verpflichte mich

- den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds und in der Bewilligung vorgesehenen **Förderzweck** zu verwenden.
- bei Nichteinhaltung der vorgenannten Anforderungen sowie der weiteren Fördervoraussetzungen nach der Sicherstellungsrichtlinie, den gewährten Zuschuss vollständig an die KVB **zurückzuzahlen.**
- **Änderungen**, die Auswirkungen auf die Gewährung der Förderung haben können, der KVB unverzüglich **mitzuteilen** und alle für die Prüfung der Fördervoraussetzungen sowie des Förderzwecks notwendig erscheinenden **Unterlagen vorzulegen**.

7. Optionale Angaben

☐ Ich willige ein, dass mich die KVB bezüglich **weiterer Informationen zur KVB-Nachwuchsförderung** per **E-Mail** kontaktieren und hierfür meine E-Mail-Adresse für die Dauer von bis zu 10 Jahren verarbeiten darf. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

☐ Ich möchte den **KVB-Newsletter „Mein Praxisstart“** unter anderem mit Infos zu weiteren Förderungen abonnieren. Eine Kündigung ist jederzeit möglich.

Sind Sie Studierender der Landarztquote?
(dient als reine Information und hat keine Auswirkung auf die Bewilligung oder Ablehnung der Förderung)

☐ Ja ☐ Nein

Wie sind Sie auf die FamuLAND-Förderung der KVB aufmerksam geworden?

☐ **KVB** (z.B. social media, Homepage) ☐ **Fachschaft** (z.B. social media, Homepage) ☐ **Universität** (z.B. Homepage)

☐ Arztpraxis ☐ Kommilitonen/Freunde/Bekannte ☐ Veranstaltung

☐ Sonstiges:_____

FamuLAND
Die KVB-Förderung
für die Famulatur

KVB
Kassenärztliche
Vereinigung
Bayerns

Ich **bestätige die Richtigkeit meiner Angaben** und dass ich den **Inhalt dieses Antrags mit seinen Hinweisen und Erläuterungen sowie den beigefügten Anhang mit seinen Informationen zur Kenntnis genommen habe.** Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Ich **erkenne die Fördervoraussetzungen der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds** (Anhang 4.1 - Förderung der Famulatur auf dem Land) **als Rechtsgrundlage der Förderung ausdrücklich an.**

Nach Abschluss der Famulatur werden Antragssteller bezüglich einer **Evaluation** des Förderprogramms FamuLAND zum Zwecke der Qualitätssicherung durch die KVB **kontaktiert**. Die Evaluation erfolgt in **anonymer** Form, die Teilnahme ist **freiwillig**.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller

FamuLAND
Die KVB-Förderung
für die Famulatur

KVB
Kassenärztliche
Vereinigung
Bayerns

Antrag – Anhang –

Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Die KVB behält sich vor, weitere Unterlagen anzufordern, soweit dies erforderlich ist, um die Voraussetzungen zur Gewährung des Zuschusses zu klären.

Die vollständige Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns finden Sie unter folgendem Link: https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/foerderungen/

Einsendung des Antragsformulars:

Bitte senden Sie den Antrag als Anhang an entsprechende E-Mail-Adresse des jeweiligen Regierungsbezirks Ihrer gastgebenden Praxis. Senden Sie Ihre **Bestätigung über die absolvierte Famulatur** an dieselbe E-Mail-Adresse, an die Sie den Antrag gesendet haben.

Regierungsbezirk	BSNR	E-Mail-Adresse
Mittelfranken	66xxxxxxx	famuland-mittelfranken@kvb.de
Niederbayern	69xxxxxxx	famuland-niederbayern@kvb.de
Oberbayern	63xxxxxxx bzw. 64xxxxxxx	famuland-oberbayern@kvb.de
Oberfranken	65xxxxxxx	famuland-oberfranken@kvb.de
Oberpfalz	68xxxxxxx	famuland-oberpfalz@kvb.de
Schwaben	70xxxxxxx	famuland-schwaben@kvb.de
Unterfranken	67xxxxxxx	famuland-unterfranken@kvb.de

oder

postalisch an:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

oder

per Fax an: 089/57093 - 554967