

## Antrag Famulaturförderung FamuLAND Sommersemester 2026

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.
- Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.
- **Ein Rechtsanspruch auf Förderung besteht nicht.**

### 1. Allgemeine Angaben

Antragsteller: Medizinstudierende, die Famulatur ableisten

<hr/> <b>Name</b>	<hr/> <b>Vorname</b>
<hr/> <b>Geburtsdatum</b>	
<hr/> <b>Straße</b>	<hr/> <b>Hausnummer</b>
<hr/> <b>Postleitzahl</b>	<hr/> <b>Ort</b>
<hr/> <b>E-Mail-Adresse</b>	
<hr/> <b>Telefonnummer</b>	
<hr/> <b>Universität</b>	

## 2. Zeitraum der Famulatur

Die Famulatur wird/wurde im folgenden Zeitraum absolviert:

**Beginn:** \_\_\_\_\_ **Ende:** \_\_\_\_\_  
(tt.mm.jjjj) (tt.mm.jjjj)

Bitte beachten Sie: Förderfähig sind nur vollständig absolvierte und von der Universität anererkennungsfähige 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):

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hausärzte                | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendärzte         | <input type="checkbox"/> Physikalische – und<br>Rehabilitations-Mediziner |
| <input type="checkbox"/> Anästhesisten            | <input type="checkbox"/> Kinder- und<br>Jugendpsychiater | <input type="checkbox"/> Psychotherapeuten                                |
| <input type="checkbox"/> Augenärzte               | <input type="checkbox"/> Laborärzte                      | <input type="checkbox"/> Radiologen                                       |
| <input type="checkbox"/> Chirurgen und Orthopäden | <input type="checkbox"/> Nervenärzte                     | <input type="checkbox"/> Strahlentherapeuten                              |
| <input type="checkbox"/> Fachinternisten          | <input type="checkbox"/> Neurochirurgen                  | <input type="checkbox"/> Transfusionsmediziner                            |
| <input type="checkbox"/> Frauenärzte              | <input type="checkbox"/> Nuklearmediziner                | <input type="checkbox"/> Urologen   |
| <input type="checkbox"/> Hautärzte                | <input type="checkbox"/> Pathologen                      | <input type="checkbox"/> Sonstiges  |
| <input type="checkbox"/> HNO-Ärzte                |  |   |
| <input type="checkbox"/> Humangenetiker           |  |   |

## 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 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 bzw. wird die Famulatur nicht wie bewilligt abgeleistet, ist die gewährte Förderung zurückzuzahlen.

## 6. Schriftliche Verpflichtungen und Selbsterklärung 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**. Mir ist bekannt, dass ich bei Verletzung der Mitwirkungspflichten zur Rückzahlung verpflichtet werden kann.
- Außerdem erkläre bzw. bestätige ich,
- dass ich für die im Antrag benannte Famulatur **keine weiteren Förderungen oder Subventionen durch Dritte** (wie bspw. das Famulaturförderprojekt der Stiftung des Bayerischen Hausärzterverbandes und der TK) in Anspruch nehme und
  - dass **kein Insolvenzverfahren** über mein Vermögen eröffnet bzw. Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens gegen mich gestellt wurde.

## 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?**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>KVB</b><br>(z.B. social media, Homepage) | <input type="checkbox"/> <b>Fachschaft</b><br>(z.B. social media, Homepage) | <input type="checkbox"/> <b>Universität</b><br>(z.B. Homepage) |
| <input type="checkbox"/> Arztpraxis                                  | <input type="checkbox"/> Kommilitonen/Freunde/Bekannte                      | <input type="checkbox"/> Veranstaltung                         |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                            |   |  |

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.**

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

Antrag – Anhang –



## Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://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.

Regierungsbezirk	BSNR	E-Mail-Adresse
Mittelfranken	66xxxxxxx	<a href="mailto:famuland-mittelfranken@kvb.de">famuland-mittelfranken@kvb.de</a>
Niederbayern	69xxxxxxx	<a href="mailto:famuland-niederbayern@kvb.de">famuland-niederbayern@kvb.de</a>
Oberbayern	63xxxxxxx bzw. 64xxxxxxx	<a href="mailto:famuland-oberbayern@kvb.de">famuland-oberbayern@kvb.de</a>
Oberfranken	65xxxxxxx	<a href="mailto:famuland-oberfranken@kvb.de">famuland-oberfranken@kvb.de</a>
Oberpfalz	68xxxxxxx	<a href="mailto:famuland-oberpfalz@kvb.de">famuland-oberpfalz@kvb.de</a>
Schwaben	70xxxxxxx	<a href="mailto:famuland-schwaben@kvb.de">famuland-schwaben@kvb.de</a>
Unterfranken	67xxxxxxx	<a href="mailto:famuland-unterfranken@kvb.de">famuland-unterfranken@kvb.de</a>

oder

postalisch an:

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

oder

per Fax an:  
089/57093 - 554967