

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf Förderung der hausärztlichen Versorgung im Rahmen des vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geförderten Ausbildungsprogramms „**Beste Landpartie Allgemeinmedizin**“ gemäß der entsprechenden Richtlinie der KVB

**Hinweis:** Dieser Antrag kann ausschließlich rückwirkend (d. h. erst **nach Beendigung des Ausbildungstertials** des Studierenden im Praktischen Jahr **und nach Erteilung der Bestätigung** durch die jeweilige Universität) beantragt werden.

### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Ich bin für das MVZ \_\_\_\_\_ vertretungsberechtigt  
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
(Name des KH) tt.mm.jj

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

### Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei o.g. Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

## 2. Beantragung

Beantragt wird eine Förderung gemäß der entsprechenden Richtlinie der KVB zur der hausärztlichen Versorgung im Rahmen des von dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geförderten Ausbildungsprogramms „Beste Landpartie Allgemeinmedizin“.

## 3. Voraussetzungen

**Name des am Programm „Beste Landpartie Allgemeinmedizin“ teilnehmenden Studierenden:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

**Der Studierende ist an folgender Universität eingeschrieben:**

- Technische Universität München  
 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen

**Ausbildungszeitraum in der Praxis:**


Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) habe den Studierenden gemäß des Programms „Beste Landpartie Allgemeinmedizin“

im Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 tt.mm.jj tt.mm.jj

ein vollständiges Tertial im Rahmen seines Praktischen Jahres in meiner Praxis ausgebildet.

- Die Bestätigung der Universität über die Anerkennung des absolvierten Tertials im Praktischen Jahr im Rahmen des Programms „Beste Landpartie Allgemeinmedizin“ ist diesem Antrag beigelegt.**

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigelegten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieser Teilnahmeerklärung / dieses Antrags.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut /  
MVZ-Vertretungsberechtigter

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt

Stempel Antragsteller

Checkliste	Ist dem Antrag beigefügt
Nachweis über die Ausbildung eines Teilnehmers am Programm „Beste Landpartie Allgemeinmedizin“ über ein vollständiges Tertial des Praktischen Jahres der teilnehmenden Universität	<input type="checkbox"/>

### Genehmigungsantrag – Anhang –



## Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Entsprechend § 67a Abs. 3 SGB X weisen wir darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Der Volltext der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Förderung der hausärztlichen Versorgung im Rahmen des von dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geförderten Ausbildungsprogramms „Beste Landpartie Allgemeinmedizin“ ist unter [www.kbv.de / Nachwuchs / Studium / Beste Landpartie Allgemeinmedizin](http://www.kbv.de/Nachwuchs/Studium/Beste_Landpartie_Allgemeinmedizin) abrufbar.