

## Antrag auf Gewährung von Fördermitteln im Rahmen der Hospitationsförderung des Kreises Viersen

### Praxisinhaberin/Praxisinhaber:

Name, Vorname	
Fachärztin/Facharzt für	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefonnummer	
E-Mail Adresse	

Ich beabsichtige

- eine Praxisübergabe
- eine Neuanstellung einer Ärztin/eines Arztes zur Erweiterung des Praxisteam

innerhalb von drei Jahren und beantrage hiermit im Namen der/des nachfolgend genannten Interessentin/ Interessenten an einer Übernahme oder Anstellung die Fördermittel im Rahmen der Hospitationsförderung des Kreises Viersen.

Die erforderliche Hospitationsvereinbarung und eine Ermächtigung der Interessentin/des Interessenten sowie die Einwilligungen der Beteiligten zur zweckgebundenen Verarbeitung der personenbezogenen Daten gemäß der Datenschutzerklärung sind beigelegt.

Praxisanschrift	
Grund für die Praxisübergabe/Neuanstellung	
Beabsichtigter Übergabe-/Anstellungszeitpunkt	

**Interessentin/Interessent:**

Name, Vorname	
Geboren am / in	
Anschrift	
Telefonnummer	
E-Mail Adresse	
Approbation als Ärztin/Arzt seit	
Ggf.: Fachärztin/Facharzt für	
Ggf.: In Facharztausbildung seit	
Ggf.: Voraussichtlicher Facharztabschluss	
Bankverbindung	BIC
	IBAN
	Bank
	Kontoinhaber/in

**Hospitation**

Die Interessentin/der Interessent beabsichtigt, in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum) in der o. g. Praxis zu hospitieren. Die Hospitation findet ganztägig im zeitlichen Umfang der üblichen Praxiswoche statt und beträgt mindestens 5 zusammenhängende Werktage. Die hierzu getroffene und unterzeichnete Vereinbarung ist im Original beigelegt.

### **Erklärung**

Die Interessentin/der Interessent hat sich der Praxisinhaberin/dem Praxisinhaber gegenüber ausgewiesen (Personalausweis hat vorgelegen) und ihm das Original der Approbationsurkunde vorgelegt. Die Interessentin/der Interessent

- erfüllt die Voraussetzungen zur Übernahme/Anstellung in der o. g. Praxis
- kann die Voraussetzungen zur Übernahme/Anstellung in der o. g. Praxis in absehbarer Zeit – voraussichtlich zum \_\_\_\_\_ erfüllen.

Folgende Unterlagen der Interessentin/des Interessenten sind diesem Antrag beigelegt:

- ausgefüllte und unterzeichnete Hospitationsvereinbarung zwischen Praxisinhaberin/ Praxisinhaber und Hospitantin/ Hospitant, inkl. Ermächtigung
- je eine unterzeichnete Einwilligungserklärung zum Datenschutz von Praxisinhaberin/ Praxisinhaber und Hospitantin/ Hospitant
- Motivationsschreiben der Hospitantin/ des Hospitanten
- Lebenslauf der Hospitantin/ des Hospitanten
- Kopie der Approbationsurkunde der Hospitantin/ des Hospitanten
- Nachweis der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin/ Innere Medizin der Hospitantin/ des Hospitanten

Die Praxisinhaberin/der Praxisinhaber versichert, dass

- die o.g. Interessentin/ der o.g. Interessent bisher nicht in der o.a. Praxis tätig war
- kein Verwandtschaftsverhältnis im ersten oder zweiten Grad zwischen ihr/ ihm und der Interessentin/ dem Interessenten besteht.

Die Praxisinhaberin/der Praxisinhaber der o. g. Praxis verpflichtet sich, innerhalb eines Monats nach Beendigung der Hospitation über den Verlauf der Hospitation und die Entscheidung der Interessentin/des Interessenten unaufgefordert dem Kreis Viersen – Kommunale Gesundheitskonferenz, Ärztescout Frau Laura Otten – schriftlich zu berichten. Zudem übersendet die Praxisinhaberin/ der Praxisinhaber den unterschriebenen schriftlichen Bericht der Hospitantin/ des Hospitanten sowie den „Zeiterfassungsbogen zur Hospitationsförderung“ von beiden Parteien unterschrieben.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxisinhaberin/ Praxisinhaber