

Bewerbungsbogen - Mentoren-Praxis

Bitte leserlich in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen!

Name der Praxis	
BSNR	
Einzelpraxis	Berufsausübungsgemeinschaft
	MVZ
Praxisadresse	
Telefon/Mobiltelefon	
E-Mail	
Homepage	

Ärztinnen/Ärzte in der Praxis (Vor- und Nachname/n):	
•	
•	
•	
•	
•	
•	

1.	Die Praxis kann zwei Praxismacher nacheinander über den Zeitraum von einem Jahr		
	(1 Praxismacher je Halbjahr) aufnehmen.		ja
	Beginn zum (Datum)	wäre möglich.	ja
	Nein, erst ab dem (Datum)	möglich.	
	Der Praxiswechsel der Praxismacher nach dem ersten Halbjahr findet zum		statt.

2.	Die Praxis kann einen Praxismacher für 6 Monate aufnehmen.	ja
----	--	----

3.	Die Praxis verfügt über eine		monatige Weiterbildungsbefugnis Allgemeinmedizin der ÄKWL.
----	------------------------------	--	--

4.	Die Praxis hat in den vergangenen fünf Jahren		Ärzte in Weiterbildung und/oder Qualifizierungsassistenten in der Praxis beschäftigt.
----	---	--	---

5.	Nach dem Projekt besteht grundsätzlich Interesse an einer weiteren Zusammenarbeit mit		
	einem Praxismacher	ja	nein
		Falls ja,	
		im Rahmen einer Anstellung	
		im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft	
		im Rahmen einer Praxisübernahme	
		Sonstiges	

6.	Die Praxis bietet		
	Eigenes Behandlungszimmer inkl. EDV für den Praxismacher		
	Kooperation mit Pflegeheimen		
	DMP		
	Unterstützung durch eine EVA/VERAH		
	Videosprechstunde		
	„Papierlose Praxis“		
	Alternative Heilmethoden		
	Praxis-Auto / Fahrrad / Sonstiges		
	Besondere Diagnostik / Sonstiges		

7.	Die Praxis ist ausgestattet mit		
	Sonographiegerät		
	Labor		
	Langzeit-EKG		
	Lungenfunktionsdiagnostik		
	Videosprechstundenplatz		
	QM-Zertifizierung nach		
	Sonstiges		

8.	Bitte tragen Sie hier Ihre Zusatz-Weiterbildungen / -qualifikationen ein.
	•
	•
	•
	•
	•
	•

Erklärung zur Datenerhebung

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt.

Ich habe die **Förderrichtlinie** zur Kenntnis genommen und mich über die Teilnahmebedingungen des Programms informiert.

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift Praxismentor/en

Adresse

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
 Team Nachwuchsförderung
 Robert-Schimrigk-Straße 4 – 6
 44141 Dortmund
 oder per E-Mail an Hausarzttherford@kvwl.de
 oder per Fax an 0231 / 94 32 - 8 04 02

Ansprechpartner

Babette Andresen Tel.: 0231 / 94 32 13 93
 Kristina Siebald Tel.: 0231 / 94 32 38 12

Stand 9/2024