

# Bewerbungsbogen **Praxismacher\_in**

Bitte leserlich in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen!

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Facharztbezeichnung \_\_\_\_\_

Telefon/Mobiltelefon \_\_\_\_\_

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

1. Ich war bereits **vertragsärztlich ambulant** tätig ja  nein

Im KV-Gebiet \_\_\_\_\_ von (Datum) \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Im Rahmen einer  Anstellung In einer  Einzelpraxis  
 Zulassung  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ

Ich wurde im Rahmen der **Weiterbildung zum Facharzt** gefördert ja  nein

Im KV-Gebiet \_\_\_\_\_ von (Datum) \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Facharzt für \_\_\_\_\_

■ Klinikum \_\_\_\_\_ von (Datum) \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

■ Andere KV-Region \_\_\_\_\_ von (Datum) \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

■ Weiterbildung \_\_\_\_\_

von (Datum) \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

■ Elternzeit \_\_\_\_\_ von (Datum) \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

■ Sonstiges \_\_\_\_\_ von (Datum) \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_



2. Ich stehe für das geplante Projekt in Vollzeit oder max. Wochenarbeitszeit von \_\_\_\_\_ Stunden  
■ ab (Datum) \_\_\_\_\_ (frühestens 01.04.2022) zur Verfügung.

3. Ich besitze folgende Zusatz-Weiterbildungen und/oder anderweitige Genehmigungen:

---

---

---

---

---

---

---

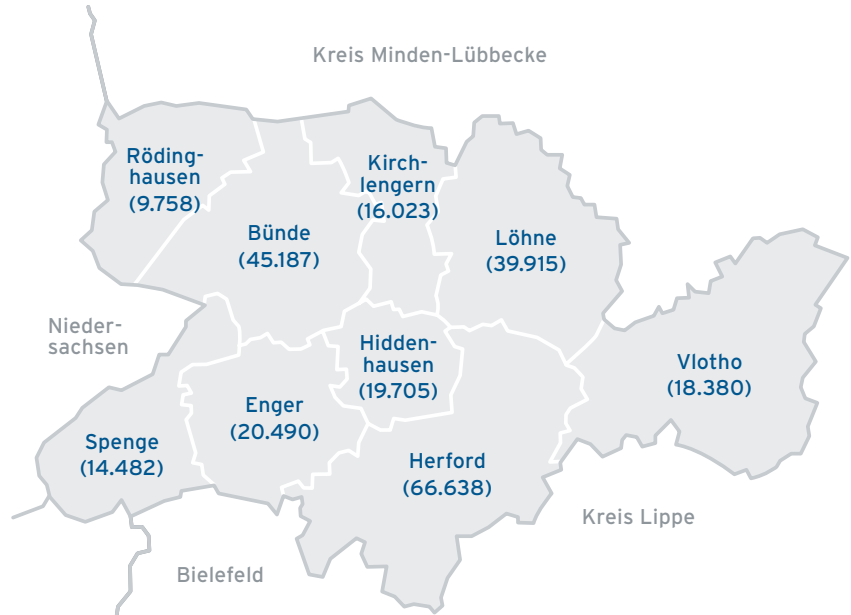
---

4. Nach Abschluss des Projektes strebe ich eine vertragsärztliche Tätigkeit im Kreis Herford an

- ja  in Vollzeit  in Teilzeit
- ja - aber nur  im Rahmen einer Zulassung
- im Rahmen einer Anstellung
- im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft
- im Rahmen einer Einzelpraxis
- nein



Hier sehen Sie den Kreis Herford mit seinen sechs Städten und drei Gemeinden inkl. Einwohnerzahl (Stand 2019).



5. Ich habe keine Präferenz hinsichtlich eines Einsatzortes im Kreis Herford

**ODER**

Ich möchte Praxen kennenlernen in (Mindestangabe drei)

- Bünde
- Enger
- Herford
- Hiddenhausen
- Kirchlengern
- Löhne
- Rödinghausen
- Spenge
- Vlotho

6. Zu folgenden Themen benötige ich Unterstützung:

- Wohnen/Leben im Kreis Herford
- Umzug/Mobilität
- Update Hausarztmedizin
- Abrechnung und Verordnung
- Betriebswirtschaftliche Aspekte
- Praxisführung und Personal
- \_\_\_\_\_



**Ich übersende diese notwendigen Unterlagen als Anlage:**

- Aktueller, unterschriebener Lebenslauf
- Facharzturkunde (einfache Beglaubigung ausreichend)
- Auszug aus dem Arztregister (sofern vorhanden)
  
- Polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 6 Monate bei Bewerbungseingang) oder
- Bestätigung (Quittung) der Beantragung eines Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 Bundeszentralregistergesetz (BZRG). Das Führungszeugnis wird nachgereicht, sobald es vorliegt.

**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.

**Erklärung hinsichtlich Drogen- und Alkoholabhängigkeit**

- Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht war. Ich erkläre weiter, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nicht unterzogen habe und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Praxismacher\_in

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung mit den weiteren Unterlagen bis spätestens **15.09.2021** an die

**Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe**

Team Nachwuchsförderung  
Robert-Schirrigk-Straße 4 – 6  
44141 Dortmund

oder per E-Mail an [Hausarzttherford@kvwl.de](mailto:Hausarzttherford@kvwl.de)

oder per Fax an **0231 / 9432 - 80402**

