

**Antrag gemäß Förder-Richtlinie**  
**der Stiftung des Bayerischen Hausärzteverbandes**  
**für die Förderung Medizinstudierende PJ-Tertial Allgemeinmedizin**



- Antrag Studierende -

(Stand 01.02.2019)

Antragsteller/-in:

\_\_\_\_\_

(Name, Vorname, geb. am)

\_\_\_\_\_

(Anschrift)

\_\_\_\_\_

(Telefon mobil, Mail-Adresse)

Ich bin Student/-in im Praktischen Jahr (PJ) der

\_\_\_\_\_

(Name und Adresse der Universität)

In der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ absolviere ich das  
 PJ-Tertial im Wahlfach Allgemeinmedizin in der Akademischen Lehrpraxis

\_\_\_\_\_

(Name / Adresse der Akademischen Lehrpraxis / Name Inhaber)

- Ich bin Mitglied im Bayerischen Hausärzteverband.
- Ich bin kein Mitglied im Bayerischen Hausärzteverband (Antrag anbei)

Aufgrund meiner Ausbildung in der o.g. Akademischen Lehrpraxis beantrage ich eine Förderung nach den Förder-Richtlinien der Stiftung des Bayerischen Hausärzteverbandes für die Förderung Medizinstudierende PJ-Tertial Allgemeinmedizin (Stand: 01.02.2019) für eine *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*:

- Ganztagsstelle
- Dreiviertelstelle
- Halbtagsstelle

Auf die Förderung des PJ-Tertials Allgemeinmedizin der Stiftung Bayerischer Hausärzterverband bin ich aufmerksam geworden durch:

- Veranstaltung des Bayerischen Hausärzterverbandes / Stiftung des Bayerischen Hausärzterverbandes
- Homepage des Bayerischen Hausärzterverbandes
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
- Hochschule

Die monatliche Förderzahlung soll auf mein nachfolgend benanntes Konto erfolgen:

---

(Name / Sitz der Bank)

---

(IBAN)

(BIC)

Ich erkläre meine Bereitschaft, während des PJ-Tertials Allgemeinmedizin an einem Erfahrungsaustausch über neue Entwicklungen, Fördermöglichkeiten etc. mit Vertretern der Stiftung des Bayerischen Hausärzterverbandes – etwa im Rahmen einer Sitzung des Kuratoriums der Stiftung des Bayerischen Hausärzterverbandes - teilzunehmen und im Anschluss an das PJ-Tertial Allgemeinmedizin einen schriftlichen Erfahrungsbericht zu verfassen, der auf der Internetseite des Bayerischen Hausärzterverbandes oder dem BHÄV-Newsletter veröffentlicht werden kann. Ich erhalte vom Bayerischen Hausärzterverband weitere Informationen per E-Mail. Ich kann den Newsletter jederzeit über den Abmeldelink in der jeweiligen E-Mail abbestellen. Ich bin darüber hinaus bereit, unmittelbar im Anschluss an das PJ-Tertial Allgemeinmedizin an einer Evaluation des PJ-Tertials mittels Evaluationsbogen sowie nach etwa 5 Jahren nach Ende des PJ an einer Follow-Up-Veranstaltung und / oder eines Follow-Up-Interviews teilzunehmen. Während des PJ-Tertials stehe ich für Fotos, Interviews o.ä. zur Verfügung.

Folgende Nachweise habe ich meinem Antrag beigelegt:

- Bescheinigung der Immatrikulation an einer Universität in Deutschland
- Bescheinigung über die erfolgreiche Ablegung des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung
- Bestätigung des Zeitpunktes der Aufnahme der Tätigkeit und über die Ableistung des Wahl-Tertials Allgemeinmedizin durch die HzV-Lehrpraxis in geeigneter Form
- Erklärung der Mitgliedschaft im Bayerischen Hausärzterverband

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass mir die Förder-Richtlinien der Stiftung des Bayerischen Hausärzterverbandes zur Förderung von Medizinstudierenden, die im Rahmen des Praktischen Jahres (PJ) das Wahlfach Allgemeinmedizin an einer Akademischen Lehrpraxis, deren Inhaber (bzw. mein Ausbilder) Mitglied im Bayerischen Hausärzterverband ist, bekannt sind, und keine anderweitige Förderung (z.B. in Form eines Stipendiums, einer Aufwandsentschädigung o.ä.) besteht. Meine in diesem Antrag angegebenen Daten werden von der Stiftung Bayerischer Hausärzterverband und dem Bayerischen Hausärzterverband ausschließlich zur Durchführung des Förderprojektes PJ-Tertial Allgemeinmedizin und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet.**

Mir ist insbesondere bekannt, dass ein Rückzahlungsanspruch entstehen kann, wenn Änderungen eintreten, die dem Förderzweck nicht entsprechen. Änderungen sind von mir unmittelbar schriftlich gegenüber der Stiftung des Bayerischen Hausärzteverbandes anzuzeigen.

Weiterhin ist mir bekannt, dass eine etwaige Versteuerung der Fördergelder durch mich erfolgt.

Ferner versichere ich mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner oben stehenden Angaben.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)

**Anlage: Förder-Richtlinien der Stiftung Bayerischer Hausärzteverband (Stand: 01.02.2019)**

Stiftung Bayerischer Hausärzteverband  
c/o Bayerischer Hausärzteverband e.V.  
Orleansstr. 6  
81669 München  
Tel.: 089/127 39 27 0  
Fax: 089/127 39 27 99

Mail: [stiftung@bhaev.de](mailto:stiftung@bhaev.de)  
[www.hausaerzte-bayern.de](http://www.hausaerzte-bayern.de)

Kuratorium: Dierk Neugebauer, Prof. Sigmund Gottlieb, Dr. Dieter Geis  
Vorstand: Dr. Jakob Berger, Heike Blümmel

**Beitrittserklärung** (einscannen und zurück per E-Mail an info@bhaev.de)  
 Hiermit erkläre ich rechtsverbindlich meinen Beitritt zum Bayerischen Hausärzteverband e. V.

Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
 E-Mail\* \_\_\_\_\_  
 Mobil\* \_\_\_\_\_  
 Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Interne Vermerke** Mitglied ab \_\_\_\_\_ HÄ \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschrift**  
 Hiermit ermittle ich Sie als Gläubiger für den Lastschriftverfahren des belasteten Betrages  
 Hinweis: Ich kann die Lastschrift zur Gänze oder teilweise stornieren. Es gelten die Bestimmungen des Lastschriftverfahrens.  
 Kontoinhaber \_\_\_\_\_  
 Kreditinstitut \_\_\_\_\_  
 IBAN \_\_\_\_\_  
 SWIFT/BIC \_\_\_\_\_  
 Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Gratis Stethoskop**  
 für die ersten **10** neuen  
 Nachwuchs-Mitglieder  
 ab dem 17.11.2017

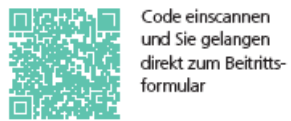
**Als kleines Dankeschön für Ihren Beitritt**

**MUSTER**  
 den online-Antrag finden Sie unter  
[www.hausaerzte-bayern.de/stiftung/PJ-Foerderung](http://www.hausaerzte-bayern.de/stiftung/PJ-Foerderung)

**Beitragsordnung**  
 Für Mitglieder gelten folgende Jahresbeiträge:  
 zahlbar in zwei Halbjahresraten, regelmäßig im Februar und August des Jahres (Stand 01.12.2013)

Studenten ..... beitragsfrei bitte Nachweis belegen  
 Weiterbildungsassistent ..... 30,- € voraussichtlicher Abschluss im Jahr \_\_\_\_\_

Bitte zugehörige Gruppe ankreuzen



\*Angaben zwingend erforderlich

- Prämie ①**  
 1 Endspurt-Skript von Thieme Vorklinik
- Prämie ②**  
 Wichtigsten Fälle Allgemeinmedizin, 236 Seiten, Springer
- Prämie ③**  
 Basiswissen Allgemeinmedizin“, von Rüdiger Dierckx, Bernhard Riedl, Wolfgang Peter, 442 Seiten, Springer Verlag
- Prämie ④**  
 Arzneimittelpocket, die Nr. 1 der medizinischen Pocket-Guides

