

Bewerbungsbogen - Mentoren-Praxis

Bitte leserlich in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen!

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

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

1.	Die Praxis verfügt über eine	<input type="text"/>	monatige Weiterbildungsbefugnis Allgemeinmedizin der ÄKWL.
-----------	------------------------------	----------------------	--

2.	Die Praxis hat in den vergangenen fünf Jahren	<input type="text"/>	Ärzte in Weiterbildung und/oder Qualifizierungsassistenten in der Praxis beschäftigt.
-----------	---	----------------------	---

3.	Nach dem Projekt besteht grundsätzlich Interesse an einer weiteren Zusammenarbeit mit		
	einem Praxisdurch- starter	ja	nein
	Falls ja,		im Rahmen einer Anstellung
			im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft
			im Rahmen einer Praxisübernahme
		Sonstiges	

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

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

6.	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 hausarzt-ge@kvwl.de
oder per Fax an 0231 / 94 32 - 8 04 02

Ansprechpartner

Kristina Siebald Tel.: 0231 / 94 32 38 12

Stand 2/2025