

# Bewerbungsbogen – Praxisdurchstarter\_in

Bitte leserlich in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen!

|                      |  |
|----------------------|--|
| Titel, Name, Vorname |  |
| Geburtsdatum         |  |
| Straße/Hausnummer    |  |
| PLZ/Ort              |  |
| Facharztbezeichnung  |  |
| Telefon/Mobiltelefon |  |
| E-Mail               |  |

|    |  |                                    |   |  |
|----|--|------------------------------------|---|--|
| 1. | Ich war bereits <b>vertragsärztlich ambulant</b> tätig |                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
|    | im KV-Gebiet:  |                                    | von (Datum)   | bis  |
|    | im Rahmen einer  |                                    | <input type="checkbox"/> Anstellung                       | in einer   |
|    |  | <input type="checkbox"/> Zulassung |   | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
|    |  |                                    |   | <input type="checkbox"/> MVZ                         |

|  |   |  |   |     |
|--|---|--|---|-----|
|  | Ich wurde im <b>Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt</b> gefördert |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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. | 2. Ich stehe für das geplante Projekt in Vollzeit oder max. Wochenarbeitszeit von |  | Stunden        |
|    | ab Datum  |  | zur Verfügung. |

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

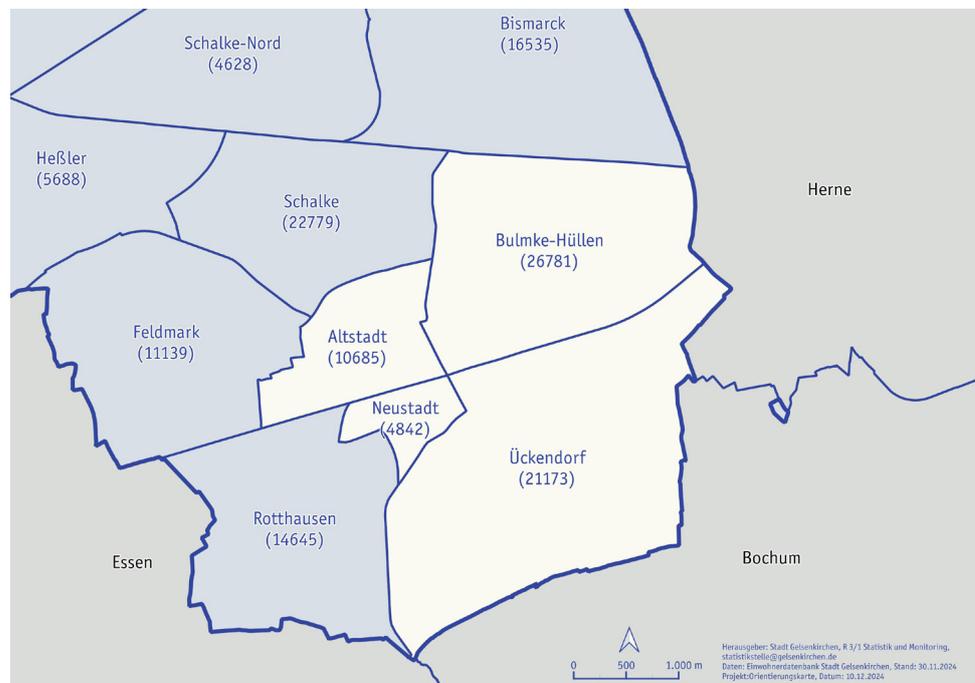
---

4. Nach Abschluss des Projektes strebe ich eine vertragsärztliche Tätigkeit in der Stadt Gelsenkirchen an

ja     in Vollzeit     in Teilzeit

|                     |                          |                              |
|---------------------|--------------------------|------------------------------|
| ja - aber nur       | <input type="checkbox"/> | im Rahmen einer Zulassung    |
|                     | <input type="checkbox"/> | im Rahmen einer Anstellung   |
|                     | <input type="checkbox"/> | im Rahmen einer Einzelpraxis |
| weiß ich noch nicht | <input type="checkbox"/> |                              |

Hier sehen Sie die teilnehmenden Stadtteile Altstadt/Neustadt, Bulmke-Hüllen und Ückendorf (in weiß) inkl. Einwohnerzahl (Stand: 2024)



5. Ich habe keine Präferenz hinsichtlich eines Einsatzortes in den Stadtteilen von Gelsenkirchen

oder

Ich möchte eine Praxis kennenlernen in (Mehrfachauswahl möglich)

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Altstadt/Neustadt |
| <input type="checkbox"/> | Bulmke-Hüllen     |
| <input type="checkbox"/> | Ückendorf         |

|                          |  |                                 |
|--------------------------|--|---------------------------------|
| 6.                       | Zu folgenden Themen benötige ich Unterstützung |                                 |
|                          | <input type="checkbox"/>                       | Wohnen/Leben in Gelsenkirchen   |
|                          | <input type="checkbox"/>                       | Abrechnung und Verordnung       |
|                          | <input type="checkbox"/>                       | Betriebswirtschaftliche Aspekte |
|                          | <input type="checkbox"/>                       | Praxisführung und Personal      |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges                                      |                                 |

**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 B undeszentralregistergesetz (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 Praxisdurchstarter\_in

**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