



**Antrag auf Förderung des Blockpraktikums
Allgemeinmedizin im ländlichen Raum**
(Antrag muss spätestens 4 Wochen nach Ende des Blockpraktikums
eingereicht werden)

1. Persönliche Daten (bitte vollständig ausfüllen)

Anrede _____ Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Email _____

Matrikelnummer _____ Geburtsdatum _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Universität Messe/Veranstaltung Anschreiben Arztpraxis/Kollegen
 Internet Presse/Flyer/Werbung Freunde/Bekannte _____

2. Blockpraktikum Allgemeinmedizin in einer Lehrpraxis im ländlichen Raum Thüringens bis 25.000 Einwohnern

Beginn Praktikum _____ Ende Praktikum _____

Lehrpraxis:

Name des Arztes _____

Anschrift der Einrichtung _____

3. Aufwand für notwendige Übernachtungen (Belege bitte beifügen)¹

Anschrift der Unterkunft: _____

Anzahl der Übernachtungen _____ Tage angefallene Kosten _____ Euro

4. Folgende Unterlagen liegen meinem Antrag gesondert bei (bitte ankreuzen/beifügen)

- Studienbescheinigung über die Durchführung des Studiums der Humanmedizin (kein Studierendenausweis)
 Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung gemäß der DSGVO (Anlage 1)
 Belege für angefallene Fahrtkosten oder Kosten der Unterkunft

5. Bestätigung des Blockpraktikums

Für Studenten der FSU Jena:

Hiermit wird zugestimmt, dass das Institut für Allgemeinmedizin in Jena der Stiftung ambulante Versorgung Thüringen direkt bestätigt, dass der Antragsteller am Blockpraktikum Allgemeinmedizin in der auf dem Antrag angegebenen Lehrpraxis und zum angegebenen Zeitraum teilgenommen hat.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Bitte Seite 1 und 2 ausfüllen!



**Antrag auf Förderung des Blockpraktikums
Allgemeinmedizin im ländlichen Raum**
(Antrag muss spätestens 4 Wochen nach Ende des Blockpraktikums
eingereicht werden)

Für Studenten anderer Universitäten als der FSU Jena:

Bitte fügen Sie eine schriftliche Bestätigung Ihrer Universität bei, in dem bestätigt wird, dass es sich bei dem zur Förderung beantragte Praktikum um ein Blockpraktikum Allgemeinmedizin im Rahmen Ihrer Studienordnung handelt.

6. Bankverbindung für die Auszahlung der Förderung

Name der Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Name Empfänger _____

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in