



**Gemeinsames Förderprojekt des Instituts für Allgemeinmedizin und  
Palliativmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover und der Techniker  
Krankenkasse Landesvertretung Niedersachsen "Blockpraktikum  
Allgemeinmedizin im ländlichen Raum Niedersachsen"**

**Förderantrag**

Ich beantrage die Förderung eines Blockpraktikums im Rahmen des o.g. Projektes:

*Name, Vorname* \_\_\_\_\_

*Straße* \_\_\_\_\_

*PLZ* \_\_\_\_\_ *Ort* \_\_\_\_\_

*Telefon* \_\_\_\_\_ *Handy* \_\_\_\_\_

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

Angaben zur Lehrpraxis

*Name der Praxis/Arzt* \_\_\_\_\_

*Straße* \_\_\_\_\_

*PLZ* \_\_\_\_\_ *Ort* \_\_\_\_\_

*Geplanter Zeitraum des Praktikums vom:* \_\_\_\_\_ *bis* \_\_\_\_\_

*Bestehen weitere Förderungen für das geplante Praktikum?* \_\_\_\_\_

**Ich habe die gültigen Förderbedingungen gelesen und erkenne diese an. Mir ist bekannt, dass unwahre Angaben zu einer Rückforderung des Förderbetrages führen können. Gleiches gilt, wenn Änderungen eintreten, die dem Förderzweck nicht entsprechen.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Bitte Bestätigung auf Seite 2 beachten!

Bestätigung des Instituts für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der MHH über die Vermittlung des Blockpraktikums:

Hiermit wird bestätigt, dass die Antragstellerin/ der Antragsteller die Voraussetzungen für die Durchführung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin erfüllt und die Vermittlung an die Lehrpraxis über das Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin entsprechend der dem Projekt zugrundeliegenden Kooperationsvereinbarung stattgefunden hat.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel \_\_\_\_\_