

Landesamt für Soziales und Versorgung
Dezernat 53
Lipezker Straße 45, Haus 5
03048 Cottbus

Eingangsstempel des Landesamtes für Soziales und Versorgung

Antrag auf Gewährung einer Zuwendung in Form eines Stipendiums für Studierende der Humanmedizin

auf Grundlage der Förderrichtlinie des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und gesellschaftlichen Zusammenhalt des Landes Brandenburg zur Stärkung der landärztlichen Versorgung Brandenburgs

Der Antrag ist bis zum 30.08.2026 mit allen notwendigen Unterlagen einzureichen.

Antragstellende

männlich weiblich divers

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon (bitte für evtl. Rückfragen angeben)

E-Mail

Das Studium hat begonnen/beginnt am

Name Universität/Hochschule

Sitz der Universität/Hochschule

Ich beantrage das Stipendium zum folgenden Semesterbeginn:

Bankverbindung

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber

Beizufügende Unterlagen

Motivationsschreiben mit dem erklärten Ziel eine ärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum Brandenburgs ausüben zu wollen, unter Angabe der anvisierten Fachrichtung und Region

Tabellarischer Lebenslauf

Kopie eines amtlichen Ausweisdokuments

Kopie des Zulassungsbescheides (kann bis zum Zeitpunkt der Bewilligungsentscheidung nachgereicht werden)

Kopie der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung

Bescheinigungen oder Zeugnisse über berufsnahe Praktika im sozialen oder medizinischen Bereich zusätzlich zum verpflichtenden Pflegepraktikum (falls vorhanden)

Kopie des Schulabschlusszeugnisses, sofern dieses an einer Schule im Land Brandenburg erworben wurde

bei ausländischen Bewerbern/innen zusätzlich eine Aufenthaltserlaubnis ohne arbeitsrechtliche Einschränkung

Erklärung der antragstellenden Person

Ich verpflichte mich:

1. das Studium nach der Approbationsordnung für Ärzte entsprechend den Vorgaben der Bundesärzteordnung, der ärztlichen Approbationsordnung und gegebenenfalls weiterer einschlägiger Ausbildungsvorschriften durchzuführen und abzuschließen; für Studierende in einem anderen Mitgliedstaat der EU oder einem Vertragsstaat des Abkommens über den EWR gilt die Verpflichtung, das Studium nach den jeweiligen Vorschriften des betreffenden Staates durchzuführen und abzuschließen,
2. mindestens eine vierwöchige Famulatur oder im Falle eines Studiums in einem Mitgliedstaat der EU oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den EWR ein einer Famulatur vergleichbares Praktikum im Land Brandenburg im ambulanten Bereich zu absolvieren,
3. nach Möglichkeit einmal pro Jahr an einem der Online-Stipendiatentreffen der Bewilligungsbehörde teilzunehmen,
4. die fachärztliche Weiterbildung innerhalb von sechs Monaten nach dem erfolgreichen Abschluss des Medizinstudiums, mithin der Approbation, aufzunehmen,
5. den ambulanten Teil der fachärztlichen Weiterbildung im Land Brandenburg zu absolvieren,
6. innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung die Facharztanerkennung zu erreichen und danach innerhalb von weiteren sechs Monaten in einem der folgenden Fachgebiete
 - Allgemeinmedizin
 - Kinder- und Jugendmedizin
 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - Augenheilkunde
 - Haut- und Geschlechtskrankheiten
 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
 - Psychiatrie und Psychotherapie
 - Neurologie
 - Nervenheilkunde
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

eine Tätigkeit als Vertragsärztin oder Vertragsarzt, als angestellte Ärztin oder angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis, in einer Einrichtung gemäß § 402 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, in einer Eigeneinrichtung nach § 105 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum in einer ländlichen Region des Landes Brandenburg aufzunehmen und

7. für die Dauer von mindestens fünf Jahren die Tätigkeit nach Nummer 6 auszuüben.

Ich bestätige, dass ich die Landärztinnen/Landärzte-Richtlinie in der Fassung vom 19.06.2026 zur Kenntnis genommen habe.

Ich habe keinen gleichartigen Antrag auf Förderung für denselben Zweck bei einer anderen Landesbehörde, einem anderen Bundesland, dem Bund, der Europäischen Union oder sonstigen Stellen eingereicht.

Mir ist bekannt, dass bei wahrheitswidrigen Angaben die Förderzusage beendet wird und eine Verpflichtung zur Rückzahlung der Fördergelder eintritt.

Werden die in der Richtlinie bestehenden Verpflichtungen in Verbindung mit der Inanspruchnahme der Förderung durch mich nicht eingehalten, sind die geleisteten Fördergelder durch mich zurückzuzahlen (Die Rückzahlung ist nach Maßgabe des Verwaltungsverfahrensgesetzes für das Land Brandenburg (VwVfGBbg) in Verbindung mit § 49a Abs. 3 des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVfG) mit 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz nach § 247 des Bürgerlichen Gesetzbuchs für das Jahr zu verzinsen).

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Verarbeitung meiner personen- und maßnahmenbezogenen Daten und bestätige deren Richtigkeit. Mir ist bekannt, dass es sich sowohl um für die Bearbeitung des Antrages notwendige Daten handelt als auch um Daten die ausschließlich statistischen Zwecken dienen und die erhobenen Daten auch an das zuständige Ministerium weitergegeben werden können. Mir ist bekannt, dass ich ohne die Angabe von Gründen mein Einverständnis widerrufen kann.

Ich bin anhand der dem Antrag beigefügten Informationen zum Datenschutz darüber belehrt, dass ich mein Einverständnis zur Verarbeitung (erheben, speichern, übermitteln, sperren, löschen und nutzen) versagen oder jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Rechtsnachteile widerrufen kann. Ich bin ebenfalls darüber belehrt, dass die vollständige Versagung meines Einverständnisses wegen des Fehlens für die Antragsbearbeitung notwendiger Daten zur Ablehnung der Zuwendung führen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in

Information des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg zum Datenschutz

Sie werden im Folgenden entsprechend den gesetzlichen Vorschriften gemäß Art. 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) informiert:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist das

Landesamt für Soziales und Versorgung
des Landes Brandenburg,
Lipezker Str. 45, Haus 5
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-0

E-Mail: post@lasv.brandenburg.de

Internet: www.lasv.brandenburg.de

Das Landesamt wird vertreten durch die Präsidentin
Frau Christina Schröter.

Mit der **Datenschutzbeauftragten** des Landesamtes
für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg
(LASV) können Sie unmittelbar auf den folgenden
Wegen Kontakt aufnehmen:

Landesamt für Soziales und Versorgung
Gabriele Jaron
Lipezker Str. 5, Haus 5
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-133

E-Mail: datenschutz@lasv.brandenburg.de

Ihre personenbezogenen Daten sind für folgenden
Zweck erforderlich: **Gewährung von Zuwendungen
nach §§ 23 und 44 LHO Brandenburg**

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung sind
Art. 6 Abs. 1 Buchstaben a und e sowie Art. 9 Abs. 2
Buchstaben a und b der EU-DSGVO, § 3 des
Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und § 5 Abs. 1
des Brandenburgischen Datenschutzgesetzes
(BbgDSG), §§ 67 ff. SGB X.

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben
oder keine vollständigen Angaben machen, können wir
Ihren Antrag aber möglicherweise nicht richtig
bearbeiten.

Wir geben Ihre personenbezogenen Daten an Dritte
weiter, wenn Sie hierzu eingewilligt haben oder eine
gesetzliche Vorschrift eine **Datenübermittlung**
ausdrücklich vorsieht.

**Ihre Daten verarbeiten wir nur solange sie für den
vorgenannten Zweck** einschließlich etwaiger
Rechtsbehelfsverfahren und kostenrechtlicher
Abwicklung, zur Wahrnehmung der Dienst- und
Fachaufsicht sowie zur Bearbeitung von Eingaben,
Auskunftsersuchen und Beschwerden, **erforderlich
sind** und darüber hinaus gemäß den gesetzlichen
Nachweis- und Aufbewahrungsfristen.

Nach der EU-DSGVO haben Sie **folgende Rechte**:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zur Übertragbarkeit **bereitzustellen**.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundenene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.
- Sie können der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns und der Übermittlung an Dritte jederzeit **widersprechen**.

Bei **Fragen oder Beschwerden** können Sie sich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das
Recht auf Akteneinsicht Brandenburg
Dagmar Hartge
Stahnsdorfer Damm 77
14532 Kleinmachnow

Telefon: 033203 356-0

Telefax: 033203 356-49

E-Mail: poststelle@lda.brandenburg.de

Internet: www.lda.brandenburg.de