

# Famulatur

Sehr geehrte zukünftige Kolleginnen und Kollegen,

die Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe möchte Ihnen in Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe Ihrer Universität ein Angebot für die Vermittlung von Famulaturen machen, um die Vorteile einer Niederlassung insgesamt, besonders jedoch in strukturschwachen Regionen zu zeigen. Eine weitere Zielsetzung besteht darin, Ihnen in Ergänzung zur studentischen Ausbildung, den zahnärztlichen Berufsalltag in den Praxen darzulegen. Die Famulaturen haben eine Dauer von mind. einer Woche und können ganzjährig, nach Absprache mit der entsprechenden Praxis, absolviert werden. Die Zuteilung erfolgt über die KZVWL.

## 1. Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_

Straße Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_

## 2. Haben Sie Interesse an einer Famulatur in einer Praxis in Westfalen-Lippe?

Ja  Nein

## 3. Wenn nein, haben Sie zu einem späteren Zeitpunkt (in den kommenden Semestern) Interesse eine Famulatur zu absolvieren?

Ja  Nein

## 4. Sind Sie an einer Fachzahnarztpraxis interessiert?

Ja  Nein

## 5. Wenn ja, welche Fachrichtung?

PAR  KFO  Oralchirurgie

## 6. Wären Sie bei einer Kostenentschädigung von 300 Euro bereit, in einer Praxis im ländlichen Raum mit geringem Versorgungsgrad Ihre Famulatur zu absolvieren?

Ja  Nein

**7. In welchen ländlichen Gebieten würden Sie Ihre Famulatur gerne absolvieren?**

Sauerland / Siegerland     Ostwestfalen     westliches Westfalen

**8. Haben Sie einen bestimmten Ortswunsch:**

---

**9. Haben Sie vor, sich nach dem Studium in einem Gebiet mit unzureichendem Versorgungsgrad niederzulassen?**

Ja                       Nein                       Vielleicht

**10. Haben Sie noch Anregungen oder Wünsche?**

---

---

**Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben sowie die Einwilligung zur Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten (siehe Beiblatt) mit Ihrer Unterschrift:**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Bitte senden Sie die Vor- und Rückseite per Post, E-Mail oder Fax zurück an:

**Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe**

**Nissrin Baradie**

**Auf der Horst 25**

**48147 Münster**

**E-Mail: [Nissrin.Baradie@zahnaerzte-wl.de](mailto:Nissrin.Baradie@zahnaerzte-wl.de)**

**Tel.: 0251 507 369**

**Fax: 0251 507 65 369**

**Sind Sie #praxisorientiert?**



## Einwilligung zur Erhebung personenbezogener Daten im Rahmen der Famulatur

Ich bin damit einverstanden, dass meine im Bogen angegebenen Daten zum Zwecke der Famulatur (Vermittlung einer Praxis, Auswertung/Evaluation sowie mit der Famulatur inhaltlich verbundene Anschreiben) oder Informationen der KZVWL erhoben, verarbeitet und genutzt sowie weitergegeben bzw. übermittelt und dort ebenfalls zum genannten Zwecke verarbeitet und genutzt werden. Empfänger der Daten ist die beteiligte Fachabteilung in der KZVWL sowie die Zahnarztpraxis, in der die Famulatur abgeleistet wird. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke von der KZVWL erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des der DS-GVO, des BDSG sowie des Nordrhein-Westfälischen Datenschutz-Anpassungs- und Umsetzungsgesetz EU (NRWDSAnpUG-EU), erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis ohne für mich zusätzlich nachteilige Folgen, verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch formlose Erklärung widerrufen kann. Bei Nichterteilung der Erlaubnis zur Verarbeitung Ihrer Daten zum oben genannten Zweck können entsprechende Handlungen, die zur Erfüllung des Zwecks notwendig sind, nicht durchgeführt werden. Die Speicherung der Daten erfolgt nur solange, wie sie dem Zweck dienlich ist, maximal zehn Jahre.

- Ich bin darüber hinaus über folgende Ansprüche gegenüber den Verantwortlichen informiert worden:
- Recht auf Auskunft gem. Art. 15 EU-DSGVO
- Recht auf Berichtigung oder Ergänzung von Daten nach Art. 16 EU-DSGVO
- Recht auf Löschung oder Sperrung von Daten nach Art. 17 bzw. 18 EU-DSGVO
- Widerspruchsrecht nach Art. 21 EU-DSGVO
- Recht auf Datenübertragung nach Art. 20 EU-DSGVO.

Des Weiteren haben Sie das Recht, sich bei der Datenschutzbehörde zu beschweren. Kontaktdaten: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, Postfach 200444, 40102 Düsseldorf.

Verantwortliche Person: Tim Haverkock  
Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen Lippe  
Mitarbeiter Vertragswesen  
Tel.: 0251 / 507 141  
Mail: [Tim.Haverkock@zahnaerzte-wl.de](mailto:Tim.Haverkock@zahnaerzte-wl.de)

Datenschutzbeauftragter: Jörg Ritter  
Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen Lippe  
Datenschutzbeauftragter- und IT-Sicherheitsbeauftragter  
Tel.: 0251 / 507 131  
Mail: [Joerg.Ritter@zahnaerzte-wl.de](mailto:Joerg.Ritter@zahnaerzte-wl.de)