

Hospitationsvereinbarung

Angaben zur Praxis:

Name: _____

Fachrichtung: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Angaben zu Hospitantin/Hospitant:

Name: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Vereinbarung einer Hospitation zur Vorlage beim Kreis Viersen im Rahmen der Hospitationsförderung des Kreis Viersen

Zwischen der Inhaberin/ dem Inhaber der Praxis _____
sowie der Hospitantin/ dem Hospitanten _____ wird
hiermit vertraglich eine Hospitation vor dem Hintergrund einer geplanten

- Praxisübernahme innerhalb von drei Jahren
- Neuanstellung als Ärztin/ Arzt in absehbarer Zeit

geschlossen.

Die Hospitation dient dem Zweck, Einblick in den Praxisalltag zu erhalten, das Praxisteam kennenzulernen und Informationen zur Praxisorganisation und zu den Arbeitsabläufen zu erhalten.

Die Hospitation findet ganztägig im zeitlichen Umfang der üblichen Praxiswoche in der Zeit vom _____ bis _____ über insgesamt _____ Werktage statt.

Die Praxisinhaberin/der Praxisinhaber verpflichtet sich, im Namen der Hospitantin/des Hospitanten die Fördermittel des Kreises Viersen im Rahmen der Hospitationsförderung (2.000 Euro je Arbeitswoche á 5 Werktage, ggf. anteilig, und maximal 8.000 Euro für 4 Wochen á 5 Werktage) zu beantragen, wobei kein Anspruch auf Gewährung der Mittel besteht.

Die Hospitantin/der Hospitant ermächtigt die Praxisinhaberin/den Praxisinhaber zur Beantragung von Fördermitteln im Rahmen der Hospitationsförderung des Kreises Viersen.

Darüber hinaus wird keine Vergütung für die Hospitation gezahlt.

Die Hospitantin/ der Hospitant verpflichtet sich, der Praxisinhaberin/ dem Praxisinhaber, innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung der Hospitation, einen schriftlichen Bericht über die Hospitation und ihre/ seine Entscheidung einzureichen. Praxisinhaber/in und Hospitant/in erfassen täglich die Anwesenheit der Hospitantin/ des Hospitanten in der Praxis über den „Zeiterfassungsbogen zur Hospitationsförderung“. Die Praxisinhaberin/ der Praxisinhaber leitet dem Kreis Viersen den schriftlichen Bericht der Hospitantin/ des Hospitanten sowie den „Zeiterfassungsbogen zur Hospitationsförderung“ im Original zu.

Die Unterzeichnenden willigen gegenüber dem Kreis Viersen in die zweckgebundene Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten gemäß der „Datenschutzerklärung für die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Hospitationsförderung des Kreises Viersen“ ein.

Datum, Unterschrift
(Praxisinhaberin/Praxisinhaber)

Datum, Unterschrift
(Hospitantin/Hospitant)