

**Bewerbungsformular: „Klasse Hausärzte (m, w, d)“ – KLAHA**



Name	
Vorname	
Matrikelnummer	
Geburtsdatum	
Email	
Telefonnummer (mobil)	
Letzter Wohnort vor Aufnahme des Studiums:	<input type="checkbox"/> städtisch <input type="checkbox"/> ländlich PLZ: _____ Land: _____

Was sind Ihre Gründe für die Wahl des Medizinstudiums?	
Was sind die Gründe für die Bewerbung für die Klasse Hausärzte?	
Welche Präferenz/en haben Sie für die Region der Praxis Ihres Mentors/Ihrer Mentorin?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gruppenpraxis <input type="checkbox"/> Stadt <input type="checkbox"/> Land <input type="checkbox"/> Region: _____
Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?	

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular elektronisch oder postalisch an:**

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg  
 Medizinische Fakultät  
 Arbeitsbereich Hausärztliche Aus- und Weiterbildung in der regionalen Allgemeinmedizin (HAWIRA)  
 Leipziger Straße 44  
 39120 Magdeburg

Juliane Diehr, Sekretariat  
 E-Mail: klaha@med.ovgu.de