

Ärztlicher Bereitschaftsdienst Meldebogen Vertreterliste



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abt. Sicherstellung / Notdienst
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Fax: (03643) 559 747
eMail: bereitschaftsdienst@kvt.de

Meldung zur Eintragung in die Vertreterliste Dienstplanportal Bereitschaftsdienst (Kinderärztlicher Bereitschaftsdienst)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit teile ich Ihnen mit, dass ich als Vertretungsarzt in Thüringen im ärztlichen Bereitschaftsdienst zur Verfügung stehe und in die Liste der Vertretungsärzte aufgenommen werden möchte. Meine Erreichbarkeiten dürfen Sie veröffentlichen bzw. an den um Vertretung ersuchenden Arzt weiterleiten.

Titel, Vorname, Name
Telefon:
Handy:
Fax:
eMail:

Datenschutzbelehrung: Die erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zu dem angegebenen Zweck verarbeitet und genutzt. Sie können die Genehmigung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit schriftlich widerrufen.

Ich stehe als Vertretungsarzt für folgende Bereitschaftsdienstbereiche/Standorte (**bitte zutreffendes ankreuzen**) zur Verfügung:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Altenburg-Schmölln | <input type="checkbox"/> Apolda | <input type="checkbox"/> Artern-Sondershausen |
| <input type="checkbox"/> Bad Langensalza-Mühlhausen | <input type="checkbox"/> Bad Salzungen | <input type="checkbox"/> Eisenach |
| <input type="checkbox"/> Erfurt-Sömmerda | <input type="checkbox"/> Gera | <input type="checkbox"/> Gotha (Stadt-Land) |
| <input type="checkbox"/> Greiz-Zeulenroda | <input type="checkbox"/> Heiligenstadt-Worbis | <input type="checkbox"/> Jena |
| <input type="checkbox"/> Rudolstadt-Saalfeld | <input type="checkbox"/> Sonneberg | <input type="checkbox"/> Weimar |

Datum/Unterschrift

