

# Ärztlicher Bereitschaftsdienst Meldebogen Vertreterliste Allgemeinärztlicher Bereitschaftsdienst



kvt  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
HA Sicherstellung und Zulassung  
Gruppe ärztlicher Bereitschaftsdienst  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

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

## Meldung zur Eintragung in die Vertreterliste Dienstplanportal Bereitschaftsdienst - Allgemeinärztlicher 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: .....

Wir weisen daraufhin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrages durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrages führen können. Die Informationen nach Artikel 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvt.de/Datenschutz](http://www.kvt.de/Datenschutz).

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"/> Arnstadt       |
| <input type="checkbox"/> Artern              | <input type="checkbox"/> Bad Langensalza      | <input type="checkbox"/> Bad Salzungen  |
| <input type="checkbox"/> Eisenach            | <input type="checkbox"/> Erfurt               | <input type="checkbox"/> Gera           |
| <input type="checkbox"/> Gotha-Land          | <input type="checkbox"/> Gotha-Stadt          | <input type="checkbox"/> Ilmenau        |
| <input type="checkbox"/> Greiz/Zeulenroda    | <input type="checkbox"/> Heiligenstadt/Worbis | <input type="checkbox"/> Jena/Hermsdorf |
| <input type="checkbox"/> Hildburghausen      | <input type="checkbox"/> Meiningen            | <input type="checkbox"/> Sonneberg      |
| <input type="checkbox"/> Mühlhausen          | <input type="checkbox"/> Nordhausen           | <input type="checkbox"/> Suhl           |
| <input type="checkbox"/> Saalfeld/Rudolstadt | <input type="checkbox"/> Saale-Orla-Kreis     | <input type="checkbox"/> Weimar         |
| <input type="checkbox"/> Schmalkalden        | <input type="checkbox"/> Sondershausen        |   |
| <input type="checkbox"/> Sömmerda            |   |   |

Vertragsarztstempel

Datum/Unterschrift