

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Stuttgart
Geschäftsbereich Sicherstellung
ZS_1-Börsen
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Absender/Stempel

Team Sicherstellung / Vertreter | Fax 0711 7875-483871

Aufnahmeformular

für die Vertreterbörse der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Ich stimme der Aufnahme in die Börse sowie der Vermittlung meiner Daten ausschließlich an Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten der KVBW zu.

Angaben zur Person

_____	_____	_____																				
Titel	Vorname	Name																				
_____	_____	_____																				
Straße	PLZ, Ort	_____																				
Geburtsdatum	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>											T	T	M	M	J	J	J	J	J	J	_____
T	T	M	M	J	J	J	J	J	J													
_____	_____	_____																				
mobil	E-Mail	_____																				
_____	_____	_____																				
Fachrichtung	ggf. Schwerpunkt	_____																				

Versorgungsbereich (bei Internisten)

- hausärztlich fachärztlich

Art der Vertretung

- Ich bin interessiert an der Tätigkeit als Vertreter/Vertreterin zur Sicherstellung der Versorgung.
- Ich bin auf der Suche nach einem Vertreter/einer Vertreterin für eine Urlaubs-/Krankheitsvertretung.

Bei Interesse an einer Vertretung im Rahmen des Notfalldienstes möchten wir Sie bitten, sich auf der Homepage der KV Baden-Württemberg unter www.kvbawue.de/praxis/notfalldienst zu informieren.

Tätigkeitsaufnahme ist geplant im Landkreis

<input type="checkbox"/> Alb-Donau-Kreis	<input type="checkbox"/> Enzkreis	<input type="checkbox"/> Ludwigsburg	<input type="checkbox"/> Rottweil
<input type="checkbox"/> Baden-Baden/Rastatt	<input type="checkbox"/> Esslingen	<input type="checkbox"/> Main-Tauber-Kreis	<input type="checkbox"/> Schwäbisch-Hall
<input type="checkbox"/> Biberach	<input type="checkbox"/> Freiburg Stadt	<input type="checkbox"/> Mannheim Stadt	<input type="checkbox"/> Schwarzwald-Baar-Kreis
<input type="checkbox"/> Böblingen	<input type="checkbox"/> Freudenstadt	<input type="checkbox"/> Neckar-Odenwald-Kreis	<input type="checkbox"/> Sigmaringen
<input type="checkbox"/> Bodenseekreis	<input type="checkbox"/> Göppingen	<input type="checkbox"/> Ortenaukreis	<input type="checkbox"/> Stuttgart Stadt
<input type="checkbox"/> Breisg.-Hochschw.	<input type="checkbox"/> Heidelberg Stadt	<input type="checkbox"/> Ostalbkreis	<input type="checkbox"/> Tübingen
<input type="checkbox"/> Calw	<input type="checkbox"/> Hohenlohekreis	<input type="checkbox"/> Pforzheim Stadt	<input type="checkbox"/> Tuttlingen
<input type="checkbox"/> Emmendingen	<input type="checkbox"/> Karlsruhe Land	<input type="checkbox"/> Ravensburg	<input type="checkbox"/> Ulm Stadt
<input type="checkbox"/> Heidenheim	<input type="checkbox"/> Karlsruhe Stadt	<input type="checkbox"/> Rems-Murr-Kreis	<input type="checkbox"/> Waldshut
<input type="checkbox"/> Heilbronn	<input type="checkbox"/> Konstanz	<input type="checkbox"/> Reutlingen	<input type="checkbox"/> Zollernalbkreis
<input type="checkbox"/> Heilbronn Stadt	<input type="checkbox"/> Lörrach	<input type="checkbox"/> Rhein-Neckar-Kreis	

Profil/Bemerkungen (z. B. bisherige Tätigkeiten, Qualifikationen, zeitliche Beschränkungen)

Anmerkungen

Sofern Sie nicht im Arztregister der **KV Baden-Württemberg** eingetragen sind, benötigen wir von Ihnen eine Kopie des Arztregisterauszuges. Sollten Sie **keinen Arztregistereintrag** in Deutschland haben, benötigen wir eine Kopie Ihrer Facharzturkunde.

Arztregisterauszug ist beigefügt

Facharzturkunde ist beigefügt

Datum

Unterschrift