

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Karlsruhe
Geschäftsbereich Sicherstellung
Keßlerstraße 1
76185 Karlsruhe

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 und Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

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 beigelegt

Facharzturkunde ist beigelegt

Datum

Unterschrift