

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Freiburg  
Geschäftsbereich  
Notfalldienst und neue Versorgungsformen  
Sundgaullee 27  
79114 Freiburg

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

## Interessenbekundung

zur Aufnahme in eine Liste von Poolärzten, die an einer selbstständigen Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst nach § 4 Abs. 7 Satz 1 Notfalldienstordnung der KVBW (NFD-O) interessiert sind

### I. Angaben zur Person

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

Geschlecht:     männlich     weiblich

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Telefon geschäftlich

\_\_\_\_\_  
Telefon mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Bevorzugte Kontaktaufnahme:

per Post

per E-Mail

Ich bin zurzeit in keinem Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung eingetragen.

Ich bin im Arztregister der

---

Kassenärztlichen Vereinigung

ENR

eingetragen.

## II. Angaben zur Qualifikation

Sind Sie Facharzt?  ja  nein

Wenn ja: Über welchen Facharzt verfügen Sie? \_\_\_\_\_

Wenn nein: Befinden Sie sich im letzten Jahr der Weiterbildung?  ja  nein

Wenn ja: Eine Erklärung der Weiterbildungsstätte ist als Anlage beigefügt.  ja

Wenn nein: Können Sie mindestens zwei Jahre klinischer Tätigkeit nachweisen?  ja  nein

Wenn ja: Ein Nachweis über die klinische Tätigkeit ist als Anlage beigefügt.  ja

Die **Approbation** wurde weder entzogen noch zum Ruhen gebracht.

Einen **ausführlichen tabellarischen Lebenslauf** füge ich der Interessenbekundung bei.

## III. In welchem Notfalldienstbereich sind Sie an einer Teilnahme am Notfalldienst interessiert? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> Backnang	<input type="checkbox"/> Ettlingen	<input type="checkbox"/> Nagold	<input type="checkbox"/> Sinsheim
<input type="checkbox"/> Bad Mergentheim	<input type="checkbox"/> Freiburg	<input type="checkbox"/> Neuenbürg	<input type="checkbox"/> Stuttgart
<input type="checkbox"/> Bad Saulgau	<input type="checkbox"/> Freudenstadt	<input type="checkbox"/> Ortenau	<input type="checkbox"/> Titisee-Neustadt
<input type="checkbox"/> Baden-Baden	<input type="checkbox"/> Göppingen	<input type="checkbox"/> Ostalbkreis	<input type="checkbox"/> Tübingen
<input type="checkbox"/> Biberach	<input type="checkbox"/> Heidelberg	<input type="checkbox"/> Pforzheim	<input type="checkbox"/> Tuttlingen
<input type="checkbox"/> Bietigheim	<input type="checkbox"/> Heidenheim	<input type="checkbox"/> Rastatt	<input type="checkbox"/> Ulm
<input type="checkbox"/> Bodenseekreis	<input type="checkbox"/> Heilbronn	<input type="checkbox"/> Ravensburg	<input type="checkbox"/> Waldshut Ost
<input type="checkbox"/> Böblingen	<input type="checkbox"/> Hohenlohekreis	<input type="checkbox"/> Rems-Murr-Kreis	<input type="checkbox"/> Waldshut West
<input type="checkbox"/> Bruchsal/Bretten	<input type="checkbox"/> Karlsruhe	<input type="checkbox"/> Reutlingen	<input type="checkbox"/> Wangen
<input type="checkbox"/> Buchen/Mosbach	<input type="checkbox"/> Konstanz	<input type="checkbox"/> Rottweil	<input type="checkbox"/> Weingarten

<input type="checkbox"/> Calw	<input type="checkbox"/> Leonberg	<input type="checkbox"/> Schwarzwald-Baar-Kreis	<input type="checkbox"/> Weinheim
<input type="checkbox"/> Crailsheim	<input type="checkbox"/> Lörrach	<input type="checkbox"/> Schwäbisch Gmünd	<input type="checkbox"/> Wertheim
<input type="checkbox"/> Eberbach	<input type="checkbox"/> Ludwigsburg	<input type="checkbox"/> Schwäbisch Hall	<input type="checkbox"/> Zollernalbkreis
<input type="checkbox"/> Ehingen	<input type="checkbox"/> Mannheim	<input type="checkbox"/> Schwetzingen/ Wiesloch	
<input type="checkbox"/> Emmendingen	<input type="checkbox"/> Mühlacker	<input type="checkbox"/> Sigmaringen	
<input type="checkbox"/> Esslingen	<input type="checkbox"/> Müllheim	<input type="checkbox"/> Singen	

### Augenärzte

<input type="checkbox"/> NFP Freiburg (Emmendingen/Breisgau- Hochschwarzwald)	<input type="checkbox"/> NFP Mannheim (Ludwigshafen)	<input type="checkbox"/> NFP Stuttgart (Esslingen/Böblingen/ RMK)	<input type="checkbox"/> NFP Heilbronn (Neckar-Odenwald/Main- Tauber-Kreis/Hohenlohekreis/ Schwäbisch Hall))
---	---	---	---

### Hals-Nasen-Ohrenärzte

<input type="checkbox"/> HNO-ärztl. NFD Heilbronn	<input type="checkbox"/> HNO-ärztl. NFD Tübingen	<input type="checkbox"/> HNO-ärztl. NFD Villingen-Schwenningen
--	---	---

### Kinderärzte

<input type="checkbox"/> Kinder Baden-Baden/Rastatt	<input type="checkbox"/> Kinder Heilbronn	<input type="checkbox"/> Kinder Pforzheim	<input type="checkbox"/> Kinder Singen/Konstanz
<input type="checkbox"/> Kinder Böblingen	<input type="checkbox"/> Kinder Karlsruhe	<input type="checkbox"/> Kinder Ravensburg	<input type="checkbox"/> Kinder Stuttgart
<input type="checkbox"/> Kinder Calw/Freudenstadt	<input type="checkbox"/> Kinder Lörrach	<input type="checkbox"/> Kinder Rems-Murr-Kreis	<input type="checkbox"/> Kinder Tübingen
<input type="checkbox"/> Kinder Esslingen	<input type="checkbox"/> Kinder Ludwigsburg	<input type="checkbox"/> Kinder Reutlingen	<input type="checkbox"/> Kinder Ulm/Neu-Ulm/Alb- Donau-Kreis/Biberach
<input type="checkbox"/> Kinder Freiburg	<input type="checkbox"/> Kinder Main-Tauber-Kreis	<input type="checkbox"/> Kinder Schwäbisch Gmünd	
<input type="checkbox"/> Kinder Göppingen	<input type="checkbox"/> Kinder Mannheim	<input type="checkbox"/> Kinder Schwäbisch Hall	
<input type="checkbox"/> Kinder Heidelberg/Rhein- Neckar-Kreis	<input type="checkbox"/> Kinder Ortenau	<input type="checkbox"/> Kinder Schwarzwald-Baar/ Rottweil/Tuttlingen	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich dem Geschäftsbereich Notfalldienst und neue Versorgungsformen der KVBW mitteilen.

Ich bin mir bewusst, dass es sich um eine **unverbindliche Interessenbekundung** an der Aufnahme in eine Liste von Poolärzten handelt, die an einer selbstständigen Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst interessiert sind. Mir ist bewusst, dass die Interessenbekundung **keinen Rechtsanspruch auf eine Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst begründet**.

Ich bin damit einverstanden, dass die KVBW die mit der Interessenbekundung eingereichten Unterlagen an den jeweiligen Kreis- bzw. Notfallpraxisbeauftragten des Notfalldienstbereichs weiterleiten darf. Ich erkläre mich damit einverstanden, an Gesprächen oder ähnlichen Maßnahmen teilzunehmen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift