



BERLIN

Besser. Gemeinsam. Wirken.

Antrag auf Teilnahme am telefonischen Beratungsdienst
in der Leitstelle des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes
der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

Akademischer Grad: _____

Name:

(und ggf. Geburtsname) _____

Vornamen:

(Rufname(n) unterstreichen) _____

Datum und Ort der Geburt: _____

Anschrift (privat): _____

Telefon (privat): _____

E-Mail: _____

Anschrift (dienstlich): _____

Telefon (dienstlich): _____

Datum und Ort der ärztlichen Prüfung: _____

Datum und Ort der Approbation: _____

Gebiets-/ Facharzt für: _____

Datum der Anerkennung: _____

Derzeitige Haupttätigkeit(en): _____

Bisherige Tätigkeiten im Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV Berlin:

Zutreffendes bitte ankreuzen

Tätigkeit in einer KV-Notdienstpraxis seit _____

Tätigkeit im fahrenden Ärztlichen Bereitschaftsdienst seit _____

Berufliche Tätigkeiten in den letzten 5 Jahren:

Bitte legen Sie in Ihrem beruflichen Curriculum ausführlich Ihre Erfahrungen und Fortbildungen im allgemeinmedizinischen / internistischen Bereich auf einem separaten Blatt dar.



In Bezug auf meine Tätigkeit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst unterwerfe ich mich den gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen, die für Vertragsärzte gelten. Die Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und die Bereitschaftsdienstordnung erkenne ich an. Ich erkläre meine Bereitschaft auch zur Übernahme von Nachtdiensten.

Zutreffendes bitte ankreuzen

- 1. Ich bestätige, dass ich im Rahmen meiner Tätigkeit für den Ärztlichen Beratungsdienst berufshaftpflichtversichert sein werde.
- 2. Bei einer Teilnahme als Nichtvertragsarzt/-ärztin werde ich unverzüglich eine diesbezügliche Bescheinigung des Versicherungsunternehmens sowie ein behördliches Führungszeugnis nach §30 BZRG vorlegen.
- 3. Ich versichere, dass die Vergütung für die Tätigkeit in der Leitstelle weder meine einzigen noch meine hauptsächlichen Einkünfte darstellen.
- 4. Ich erkläre im Rahmen meiner Tätigkeit als Beratungsärzt:in in der Leitstelle mein Einverständnis zum Anbieten und Durchführen von telemedizinischen Leistungen gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V.

Mir ist bekannt, dass ich keinen Anspruch auf eine Zuteilung von Diensten habe.

Ort, Datum

Unterschrift & Stempel

Das Formular ist bitte vollständig ausgefüllt und im Original an die

*Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Ärztlicher Bereitschaftsdienst
ÄBD-Büro
Masurenallee 6A
14057 Berlin*

zu übersenden.

*Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an das Büro des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes unter
Tel.: 030 / 31 003-267 oder per E-Mail an aebd@kvberlin.de*