

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): _____

Seit wann? _____

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 habe ich erhalten und erkenne diese an.

Ich bestätige, dass ich im Rahmen meiner Tätigkeit für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst haftpflichtversichert sein werde. Eine diesbezügliche Bescheinigung des Versicherungsunternehmens werde ich vorlegen.

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
NDP-Büro
Masurenallee 6A
14057 Berlin*

zu übersenden.

*Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an das NDP-Büro des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes unter
Tel.: 030 / 31 003-602 / -608/ -630 oder per E-Mail an ndp@kvberlin.de*