

Absender

--

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein  
Abteilung Zulassung/Praxisberatung  
Bismarckallee 1-6  
23795 Bad Segeberg

Fax 04551-883 276

### Aufnahme in die Vertreterliste

Ich möchte mit folgenden Angaben in die Liste der Ärzte, die für Vertretungen von Vertragsärzten in Schleswig-Holstein zur Verfügung stehen aufgenommen werden:

Titel					
Vorname					
Familienname					
Anschrift	PLZ, Ort				
	Straße, Nr.				
Fachgebiet					
Telefon					
E-Mail					
Zeitraum / regionale oder sonstige Einschränkungen					

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass diese Eintragung maximal 12 Monate gültig bleibt. Wenn ich eine weitere Eintragung wünsche, werde ich der KVSH eine entsprechende Nachricht per Brief, Fax oder E-Mail mit gegebenenfalls aktualisierten Kontaktdaten zusenden.

Mir ist bekannt, dass meine oben aufgeführten Daten zwingend von der KVSH gespeichert werden und an einen vertretungssuchenden Vertragsarzt zwecks Kontaktaufnahme weitergegeben werden müssen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift