

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