

# Fragebogen Allgemeinärztlicher Bereitschaftsdienst

Bitte leserlich und in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name: \_\_\_\_\_

BSNR : \_\_\_\_\_

LANR : \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Praxisstempel
---------------

Tel. Praxis: \_\_\_\_\_ Tel. Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Ihr Notdienstbezirk ist \_\_\_\_\_

Ich möchte am Ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen. Mich interessieren folgende Tätigkeiten:

Anlaufpraxis                       Fahrdienst                       Hintergrunddienst

Ich bin bereit, neben meinem Notdienstbezirk auch in anderen Notdienstbezirken zu arbeiten. (  )

- |                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bad Oldesloe | <input type="checkbox"/> Heide                | <input type="checkbox"/> Oldenburg         |
| <input type="checkbox"/> Bad Segeberg | <input type="checkbox"/> Henstedt-Ulzburg     | <input type="checkbox"/> Pinneberg         |
| <input type="checkbox"/> Brunsbüttel  | <input type="checkbox"/> Husum                | <input type="checkbox"/> Preetz            |
| <input type="checkbox"/> Büsum        | <input type="checkbox"/> Itzehoe              | <input type="checkbox"/> Ratzeburg         |
| <input type="checkbox"/> Eckernförde  | <input type="checkbox"/> Kappeln              | <input type="checkbox"/> Rendsburg         |
| <input type="checkbox"/> Eiderstedt   | <input type="checkbox"/> Kiel                 | <input type="checkbox"/> Schleswig         |
| <input type="checkbox"/> Elmshorn     | <input type="checkbox"/> Lübeck UKSH (AP+FD)  | <input type="checkbox"/> Westerland (Sylt) |
| <input type="checkbox"/> Eutin        | <input type="checkbox"/> Lübeck Sana (nur AP) | <b><u>Inseln</u></b>                       |
| <input type="checkbox"/> Fehmarn      | <input type="checkbox"/> Neumünster           | <input type="checkbox"/> Amrum             |
| <input type="checkbox"/> Flensburg    | <input type="checkbox"/> Neustadt             | <input type="checkbox"/> Helgoland         |
| <input type="checkbox"/> Geesthacht   | <input type="checkbox"/> Niebüll              | <input type="checkbox"/> Pellworm          |
| <input type="checkbox"/> Großhansdorf | <input type="checkbox"/> Norderstedt          | <input type="checkbox"/> Föhr              |

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen postalisch an KVSH Management Versorgungsstrukturen, Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg oder per Fax an 04551-883 7227.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne unter 04551-883 820 zur Verfügung.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift