

Anmeldung als Impfarzt im Auftrag des Landes Schleswig-Holstein zur Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2



Vielen Dank, dass Sie sich als Impfarzt* zur Verfügung stellen. Für die weitere Planung in den Impfzentren und der mobilen Impfteams benötigen wir zunächst Ihre persönlichen Daten. Bitte vergessen Sie nicht, diese Anmeldung bis zum **4. Dezember 2020** an die KVSH zu übermitteln. Der Dienstleistungsvertrag, der auch die Vergütung in Anlehnung an das Honorar im ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVSH regelt, wird später zwischen Ihnen und dem Land abgeschlossen.

PERSONENBEZOGENE ANGABEN:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Fachgebiet**:	<input type="text"/>
LANR**:	<input type="text"/>	Ärztekammer:	<input type="text"/>

**wenn vorhanden

KONTAKTDATEN:

Straße und Hausnummer:	<input type="text"/>		
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Handynummer:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

(Sie erhalten eine Verifizierungs-SMS)

ANGABEN ZUM IMPFEN:

Ich möchte in folgenden Kreisen als Impfarzt tätig sein (Mehrfachnennung möglich):

<input type="checkbox"/> Flensburg	<input type="checkbox"/> Kiel	<input type="checkbox"/> Lübeck	<input type="checkbox"/> Neumünster	<input type="checkbox"/> Dithmarschen
<input type="checkbox"/> Herzogtum Lauenburg	<input type="checkbox"/> Nordfriesland	<input type="checkbox"/> Ostholstein	<input type="checkbox"/> Pinneberg	<input type="checkbox"/> Plön
<input type="checkbox"/> Rendsburg-Eckernförde	<input type="checkbox"/> Schleswig-Flensburg	<input type="checkbox"/> Segeberg	<input type="checkbox"/> Steinburg	<input type="checkbox"/> Stormarn

Ich möchte als Impfarzt tätig sein (Mehrfachnennung möglich):

<input type="checkbox"/> im Impfzentrum	<input type="checkbox"/> im mobilen Impfteam zur Impfung in Betreuungseinrichtungen
---	---

In den Impfzentren werden täglich 2 Dienste mit jeweils 5 Stunden besetzt werden. Doppeldienste sind möglich. Bitte kreuzen Sie an, an welchen Tagen Sie **NICHT** als Impfarzt tätig sein können:

montags	dienstags	mittwochs	donnerstags	freitags	samstags	sonntags	feiertags
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(ausschließlich zur Vorab einschätzung; konkrete Diensterteilung erfolgt mit Ihnen in Abstimmung)

Wie viele Tage können Sie maximal im Monat Dienste übernehmen?

Ich bin auch bereit, kurzfristig Vertretung zu übernehmen

Ich bin damit einverstanden,

<input type="checkbox"/> dass ein Abgleich meiner personenbezogenen Angaben mit dem Arztregister der KVSH erfolgt
<input type="checkbox"/> mit der Rückfrage bei der von mir angegebenen Ärztekammer

Wenn Sie die Einwilligungen nicht erteilen, können wir Sie als Impfarzt leider nicht berücksichtigen. Sie können diese jederzeit schriftlich unter Widerruf-Impfen@kvsh.de widerrufen.

Datum, Unterschrift mit Stempel

Bitte senden Sie dieses Formular vollständig ausgefüllt an die KVSH bis zum 4. Dezember 2020, per E-Mail: Anmeldung-Impfen-Arzt@kvsh.de, per Fax: 04551 883 7661, per Post: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Impfteam, Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg

Das Nähere zur Datenverarbeitung können Sie unter www.schleswig-holstein.de/impfzentren-datenschutz erfahren.