

Antrag zur Bekanntmachung eines Vertreters, Entlastungs- oder Weiterbildungsassistenten in QuaMaDi

Bitte senden Sie das Formular an die QuaMaDi-Geschäftsstelle

Fax: 04551/ 883 7887

E-Mail: quamadi@kvsh.de

Angaben des Antragsteller

Praxis: _____

BSNR: _____

Name: _____

LANR: _____

Hiermit beantrage ich für folgenden Arzt einen Zugang für Optemis als (bitte ankreuzen):

- Vertretungsarzt – Vertretungszeitraum von..... bis
- von der Zulassung genehmigten Entlastungs- oder Weiterbildungsassistent

Name: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mailadresse: _____

(Die Zugangsdaten zu „Optemis“ senden wir dem Vertreter bzw. Entlastungs- oder Weiterbildungsassistenten direkt zu)

Über QuaMaDi (Ablauf, Rechte und Pflichten) wurde der genannte Arzt von mir informiert.

Datum und Unterschrift des Antragstellers