

Ärztlicher Bereitschaftsdienst Meldebogen Vertreterliste Augenärztlicher Bereitschaftsdienst



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
HA Sicherstellung und Zulassung
Gruppe ärztlicher Bereitschaftsdienst
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Fax: (03643) 559 747
eMail: bereitschaftsdienst@kvt.de

Meldung zur Eintragung in die Vertreterliste Dienstplanportal Bereitschaftsdienst - Augenärztlicher Bereitschaftsdienst -

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit teile ich Ihnen mit, dass ich als Vertretungsarzt in Thüringen im ärztlichen Bereitschaftsdienst zur Verfügung stehe und in die Liste der Vertretungsärzte aufgenommen werden möchte. Meine Erreichbarkeiten dürfen Sie veröffentlichen bzw. an den um Vertretung ersuchenden Arzt weiterleiten.

Titel, Vorname, Name
Telefon:
Handy:
Fax:
eMail:

Wir weisen daraufhin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrages durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrages führen können. Die Informationen nach Artikel 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvt.de/Datenschutz.

Ich stehe als Vertretungsarzt für folgende Bereitschaftsdienstbereiche/Standorte (**bitte zutreffendes ankreuzen**) zur Verfügung:

- Altenburg/Schmölln/Gera
- Apolda/Weimar
- Bad Langensalza/Mühlhausen/Bad Salzungen/Eisenach
- Ilmkreis/Gotha/Erfurt
- Greiz/Zeulenroda/Saalfeld/Rudolstadt/Saale-Orla-Kreis
- Jena/Hermsdorf/Eisenberg
- Nordhausen/Heiligenstadt/Worbis/Artern/Sömmerda/Sondershausen
- Suhl/Schmalkalden/Meiningen/Sonneberg/Hildburghausen

Datum/Unterschrift

