

Formular zur Meldung einer Praxisniederlassung

Ich beabsichtige eine Praxisniederlassung	
<input type="checkbox"/> als Arzt für Allgemeinmedizin	
<input type="checkbox"/> als Facharzt für _____	
Name:	
Praxisbeginn:	Ordinationszeiten:
Ordinationsadresse:	Postadresse:
Wohnadresse:	
Telefon/Praxis:	Telefon/Wohnung:
Fax:	e-Mail:
Dienstverhältnis:	
Sonstige ärztliche Tätigkeiten:	

- Ich ersuche um einen Vorsorgeuntersuchungsvertrag (nur relevant für Ärzte für Allgemeinmedizin, FÄ für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe, Innere Medizin u. Lungenkrankheiten).
- Ich ersuche um Zuerkennung des Kassenrezepturrechtes.

Datum

Unterschrift