

Anlage 3

Kinderärztlicher Bereitschaftsdienst
KV-eigene Erste-Hilfe-Stelle und Kooperationen

Diensttausch

**Diesen Vordruck bitte vollständig ausgefüllt an das ÄBD - Büro
unter der Fax-Nr. 31003-337
spätestens 72 Stunden vor Dienstbeginn schicken.**

Der Diensttausch betrifft folgende Einrichtung:

DRK-Kliniken Westend

DRK-Kliniken Mitte

Kinderklinik Lindenhof

St. Joseph-Krankenhaus

an folgendem Tag:

Wochentag, Datum

Dienstzeit:

von: _____ bis: _____

Arzt / Ärztin nach Dienstplan:

Name: _____

Praxisadresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Dienst übernehmender Arzt / Ärztin:

Name: _____

Praxisadresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Datum Unterschrift

Datum Unterschrift