

Anlage  
**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

Sana-Klinikum Lichtenberg

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