

wichtige Information

Vorstand

Tel.: (030) 3 10 03 – 267/268
Fax: (030) 3 10 03 - 50380
aebd@kvberlin.de
Wi/ÄBD

30.06.2015

**Umsetzung der Dienstverpflichtung im Bereich des kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienstes
hier: Dienstplanung für das 4. Quartal 2015**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit übersenden wir Ihnen die Vordrucke für die Dienstplanung für das 4. Quartal 2015.

Die Dienstplanung erfolgt hinsichtlich der Einsatzorte, Präsenztage und -zeiten **unter Vorbehalt**, da zum jetzigen Zeitpunkt noch keine neuen Verträge mit den Kliniken abgeschlossen werden konnten (außer DRK-Kliniken Westend).

Wichtiger Hinweis aus gegebenem Anlass:

Die Berücksichtigung Ihrer freiwillig angegebenen Dienstwünsche kann nur erfolgen, wenn Sie

- 1. pro Monat mindestens einen möglichen Tag angeben, an dem Sie einen Dienst übernehmen könnten und**
- 2. sich für mindestens 2 Standorte zur Verfügung stellen.**

Werden diese Anforderungen von Ihnen nicht erfüllt, können Ihre Dienstwünsche im Rahmen der freiwilligen Dienstplanung nicht oder nur begrenzt berücksichtigt werden und Sie müssen ggf. mit einer Dienstverpflichtung rechnen. Diese leicht angepassten Anforderungen sind leider erforderlich, damit die KV Berlin auch weiterhin eine freiwillige Dienstvergabe gewährleisten kann. Hierfür bitten wir um Verständnis.

Ferner werden Sie gebeten, sich insbesondere für die Weihnachtsfeiertage und Silvester zur Verfügung zu stellen.

../2

Seite 2 zum Brief vom 30.06.2015

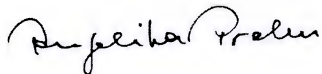
Für die Bekanntgabe Ihrer Dienstwünsche für das 4. Quartal 2015 bitten wir Sie, diese

bis spätestens 03.08.2015

an das ÄBD-Büro zu faxen oder per E-Mail zu übersenden (Fax: 31003 - **50380**; E-Mail: aebd@kvberlin.de).

Für Rückfragen steht Ihnen auch das Büro des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes unter den Telefonnummern 31003 - 267 / 268 oder per E-Mail gern zur Verfügung.

Mit kollegialen Grüßen



Dr. med. Angelika Prehn
Vorstandsvorsitzende



Dr. med. Uwe Kraffel
stellv. Vorstandsvorsitzender

PS: Wichtige Hinweise:

- Wir weisen Sie vorsorglich darauf hin, dass Sie für notwendige Dienstaustausche selbst verantwortlich sind. Dieses gilt auch im Krankheitsfall. Dienstaustausche werden nur in schriftlicher Form (als Fax oder E-Mail) mit dem beigefügten Formular entgegengenommen. Es ist wichtig, dass sowohl der dienstabgebende als auch der dienstübernehmende Arzt dieses Formular unterschreibt.
- Bitte teilen Sie uns Ihre aktuellen Telefonnummern, insbesondere auch Ihre Mobilfunknummer mit. Diese können Sie auf dem Dienstwunschformular eintragen.
- Die diesem Schreiben beigefügten Formulare finden Sie auch jederzeit unter www.kvberlin.de unter der Rubrik „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“. Dort können Sie auch den aktuellen Dienstplan für das 3. Quartal 2015 und das Dienstaustauschformular einsehen und herunterladen.

Kinder- und jugendärztlicher Bereitschaftsdienst

KV-eigene Erste-Hilfe-Stelle und Kooperationen

4. Quartal 2015

Bitte bis 03.08.15 zurück an: E-mail aebd@kvberlin.de oder Fax: 31 003 50380

Name Arzt / Ärztin: _____

Praxisadresse: _____

Rufnummer (privat): _____

Praxisrufnummer: _____

Handynummer: _____

Praxisfaxnummer: _____

E-Mail: _____

DRK Kliniken Berlin | Westend
Spandauer Damm 130
14050 Berlin

freitags

samstags, sonntags und feiertags

DRK-Kliniken Mitte / Charité Campus Virchow
Drontheimerstr. 39-40 Augustenburger Platz 1
13359 Berlin 13353 Berlin

mittwochs
freitags

samstags, sonntags und feiertags

EHS im Sana Klinikum Lichtenberg
Fanningerstr. 32
10365 Berlin

mittwochs

samstags, sonntags und feiertags

St. Joseph-Krankenhaus
Bäumerplan 24
12101 Berlin

mittwochs
freitags

samstags, sonntags und feiertags

Meine bevorzugten Einsatzorte
(Achtung: Mindestens **zwei** Einsatzorte angeben!)

DRK-Kliniken Westend

DRK-Kliniken Mitte/Charité Campus Virchow

Sana-Klinikum Lichtenberg

St. Joseph-Krankenhaus

Anzahl der max. möglichen
Dienste im Quartal:

Die Dienstplanung erfolgt hinsichtlich der Einsatzorte und der Präsenzzeiten unter Vorbehalt.

Bitte geben Sie mindestens 1 Dienst pro Monat an!

Oktober			November			Dezember		
Datum	Wochentag		Datum	Wochentag		Datum	Wochentag	
02.10.2015	Freitag	<input type="checkbox"/>	01.11.2015	Sonntag	<input type="checkbox"/>	02.12.2015	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
03.10.2015	Samstag	<input type="checkbox"/>	04.11.2015	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	04.12.2015	Freitag	<input type="checkbox"/>
04.10.2015	Sonntag	<input type="checkbox"/>	06.11.2015	Freitag	<input type="checkbox"/>	05.12.2015	Samstag	<input type="checkbox"/>
07.10.2015	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	07.11.2015	Samstag	<input type="checkbox"/>	06.12.2015	Sonntag	<input type="checkbox"/>
09.10.2015	Freitag	<input type="checkbox"/>	08.11.2015	Sonntag	<input type="checkbox"/>	09.12.2015	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
10.10.2015	Samstag	<input type="checkbox"/>	11.11.2015	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	11.12.2015	Freitag	<input type="checkbox"/>
11.10.2015	Sonntag	<input type="checkbox"/>	13.11.2015	Freitag	<input type="checkbox"/>	12.12.2015	Samstag	<input type="checkbox"/>
14.10.2015	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	14.11.2015	Samstag	<input type="checkbox"/>	13.12.2015	Sonntag	<input type="checkbox"/>
16.10.2015	Freitag	<input type="checkbox"/>	15.11.2015	Sonntag	<input type="checkbox"/>	16.12.2015	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
17.10.2015	Samstag	<input type="checkbox"/>	18.11.2015	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	18.12.2015	Freitag	<input type="checkbox"/>
18.10.2015	Sonntag	<input type="checkbox"/>	20.11.2015	Freitag	<input type="checkbox"/>	19.12.2015	Samstag	<input type="checkbox"/>
21.10.2015	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	21.11.2015	Samstag	<input type="checkbox"/>	20.12.2015	Sonntag	<input type="checkbox"/>
23.10.2015	Freitag	<input type="checkbox"/>	22.11.2015	Sonntag	<input type="checkbox"/>	23.12.2015	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
24.10.2015	Samstag	<input type="checkbox"/>	25.11.2015	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	24.12.2015	Donnerstag	<input type="checkbox"/>
25.10.2015	Sonntag	<input type="checkbox"/>	27.11.2015	Freitag	<input type="checkbox"/>	25.12.2015	Freitag	<input type="checkbox"/>
28.10.2015	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	28.11.2015	Samstag	<input type="checkbox"/>	26.12.2015	Samstag	<input type="checkbox"/>
30.10.2015	Freitag	<input type="checkbox"/>	29.11.2015	Sonntag	<input type="checkbox"/>	27.12.2015	Sonntag	<input type="checkbox"/>
31.10.2015	Samstag	<input type="checkbox"/>				30.12.2015	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
						31.12.2015	Donnerstag	<input type="checkbox"/>

Arztname: _____

Arztstempel