

wichtige Information
an Ärzte in eigener Praxis

Vorstand

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

29.07.2016

**Umsetzung der Dienstverpflichtung und Aktualisierung des Haftpflichtnachweises
im Bereich des kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienstes
hier: Dienstplanung für das 4. Quartal 2016**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit übersenden wir Ihnen die Vordrucke für die Dienstplanung für das 4. Quartal 2016.

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.

Für die Bekanntgabe Ihrer Dienstwünsche für das 4. Quartal 2016 bitten wir Sie, diese

bis spätestens 10.08.2016

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

../2

Nach § 5 Abs. 6 der Bereitschaftsdienstordnung sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die sich am Ärztlichen Bereitschaftsdienst beteiligen, verpflichtet, das Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung zu versichern, deren Versicherungsschutz die Tätigkeit im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes einschließt.

Daher bitten wir Sie die beiliegende Erklärung ebenfalls **bis zum 10.08.2016** an uns zurückzuschicken, um die bestehende Erklärung zu aktualisieren.

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 2016 und das Dienstaustauschformular einsehen und herunterladen.

Kinder- und jugendärztlicher Bereitschaftsdienst
 KV-eigene Erste-Hilfe-Stelle und Kooperationen
4. Quartal 2016

Bitte bis 10.08.2016 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
 Drontheimerstr. 39-40
 13359 Berlin

mittwochs
freitags

samstags, sonntags und feiertags

EHS im Sana Klinikum Lichtenberg
 Fanningerstr. 32
 10365 Berlin

mittwochs

samstags, sonntags und feiertags

St. Joseph-Krankenhaus
 Bäumeplan 24
 12101 Berlin

mittwochs
freitags

samstags, sonntags und feiertags

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

DRK-Kliniken Westend

DRK-Kliniken Mitte

Sana-Klinikum Lichtenberg

St. Joseph-Krankenhaus

Anzahl der max. möglichen
 Dienste im Quartal:

Die Dienstplanung erfolgt hinsichtlich der Einsatzorte und der Präsenzzeiten unter Vorbehalt

**Kinder- und jugendärztlicher Bereitschaftsdienst
4. Quartal 2016**

Bitte geben Sie **mindestens 1 Dienst pro Monat** an!

<u>Oktober</u>			<u>November</u>			<u>Dezember</u>		
Datum	Wochentag		Datum	Wochentag		Datum	Wochentag	
01.10.2016	Samstag	<input type="checkbox"/>	02.11.2016	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	02.12.2016	Freitag	<input type="checkbox"/>
02.10.2016	Sonntag	<input type="checkbox"/>	04.11.2016	Freitag	<input type="checkbox"/>	03.12.2016	Samstag	<input type="checkbox"/>
03.10.2016	Montag	<input type="checkbox"/>	05.11.2016	Samstag	<input type="checkbox"/>	04.12.2016	Sonntag	<input type="checkbox"/>
05.10.2016	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	06.11.2016	Sonntag	<input type="checkbox"/>	07.12.2016	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
07.10.2016	Freitag	<input type="checkbox"/>	09.11.2016	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	09.12.2016	Freitag	<input type="checkbox"/>
08.10.2016	Samstag	<input type="checkbox"/>	11.11.2016	Freitag	<input type="checkbox"/>	10.12.2016	Samstag	<input type="checkbox"/>
09.10.2016	Sonntag	<input type="checkbox"/>	12.11.2016	Samstag	<input type="checkbox"/>	11.12.2016	Sonntag	<input type="checkbox"/>
12.10.2016	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	13.11.2016	Sonntag	<input type="checkbox"/>	14.12.2016	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
14.10.2016	Freitag	<input type="checkbox"/>	16.11.2016	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	16.12.2016	Freitag	<input type="checkbox"/>
15.10.2016	Samstag	<input type="checkbox"/>	18.11.2016	Freitag	<input type="checkbox"/>	17.12.2016	Samstag	<input type="checkbox"/>
16.10.2016	Sonntag	<input type="checkbox"/>	19.11.2016	Samstag	<input type="checkbox"/>	18.12.2016	Sonntag	<input type="checkbox"/>
19.10.2016	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	20.11.2016	Sonntag	<input type="checkbox"/>	21.12.2016	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
21.10.2016	Freitag	<input type="checkbox"/>	23.11.2016	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	23.12.2016	Freitag	<input type="checkbox"/>
22.10.2016	Samstag	<input type="checkbox"/>	25.11.2016	Freitag	<input type="checkbox"/>	24.12.2016	Samstag	<input type="checkbox"/>
23.10.2016	Sonntag	<input type="checkbox"/>	26.11.2016	Samstag	<input type="checkbox"/>	25.12.2016	Sonntag	<input type="checkbox"/>
26.10.2016	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	27.11.2016	Sonntag	<input type="checkbox"/>	26.12.2016	Montag	<input type="checkbox"/>
28.10.2016	Freitag	<input type="checkbox"/>	30.11.2016	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	28.12.2016	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
29.10.2016	Samstag	<input type="checkbox"/>				30.12.2016	Freitag	<input type="checkbox"/>
30.10.2016	Sonntag	<input type="checkbox"/>				31.12.2016	Samstag	<input type="checkbox"/>

Arztname: _____

Arztstempel und Unterschrift/en