

**wichtige Information**  
an Ärzte in eigener Praxis

**Ärztlicher Bereitschaftsdienst**

Tel.: (030) 31 003 - 267/ - 268  
Fax: (030) 31 003 - 50380  
aebd@kvberlin.de  
pz/ÄBD

17.07.2017

**Umsetzung der Dienstverpflichtung im Bereich des kinder- und jugendärztlichen  
Bereitschaftsdienstes  
hier: Dienstplanung für das 4. Quartal 2017**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit übersenden wir Ihnen die Vordrucke für die Dienstplanung für das 4. Quartal 2017.

**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 können 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. Dieses ist 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 2017 bitten wir Sie, diese

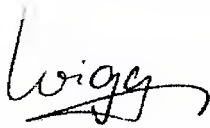
**bis spätestens 09.08.2017**

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

../2

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

Mit freundlichen Grüßen



Volker Wiggers  
Abteilungsleiter

**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 Festnetz/Mobilfunknummer, sowie Ihre E-Mailadresse mit. Diese können Sie auf dem Dienstwunschformular eintragen.
- Um Ihnen das Tauschen eines Dienstes zu erleichtern, möchten wir auch weiterhin, zusätzlich zur Praxistelefonnummer, gerne Ihre Festnetz und/oder Mobilfunknummer auf den Anruflisten pflegen und bei Bedarf an Ihre Kolleginnen und Kollegen weitergeben. **Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, werden Sie gebeten, sich unverzüglich mit dem ÄBD – Büro in Verbindung zu setzen.**
- Die diesem Schreiben beigefügten Formulare finden Sie auch jederzeit unter [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) unter der Rubrik „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“. Dort können Sie auch den aktuellen Dienstplan für das 3. Quartal 2017 und das Dienstaustauschformular einsehen und herunterladen. **Sollten Sie mit der Veröffentlichung des Dienstplans auf der Homepage (und der damit verbundenen namentlichen Nennung) nicht einverstanden sein, werden ebenfalls Sie gebeten, sich mit dem ÄBD – Büro in Verbindung zu setzen.**

# Kinder- und jugendärztlicher Bereitschaftsdienst

KV-eigene Erste-Hilfe-Stelle und Kooperationen

4 . Quartal 2017

Bitte bis 09.08.2017 zurücksenden an: E-Mail [aebd@kvberlin.de](mailto: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

Bäumerplan 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:

**Kinder- und jugendärztlicher Bereitschaftsdienst  
4. Quartal 2017**

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

<b>Oktober</b>			<b>November</b>			<b>Dezember</b>		
<b>Datum</b>	<b>Wochentag</b>		<b>Datum</b>	<b>Wochentag</b>		<b>Datum</b>	<b>Wochentag</b>	
01.10.2017	Sonntag	<input type="checkbox"/>	01.11.2017	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	01.12.2017	Freitag	<input type="checkbox"/>
03.10.2017	Dienstag	<input type="checkbox"/>	03.11.2017	Freitag	<input type="checkbox"/>	02.12.2017	Samstag	<input type="checkbox"/>
04.10.2017	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	04.11.2017	Samstag	<input type="checkbox"/>	03.12.2017	Sonntag	<input type="checkbox"/>
06.10.2017	Freitag	<input type="checkbox"/>	05.11.2017	Sonntag	<input type="checkbox"/>	06.12.2017	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
07.10.2017	Samstag	<input type="checkbox"/>	08.11.2017	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	08.12.2017	Freitag	<input type="checkbox"/>
08.10.2017	Sonntag	<input type="checkbox"/>	10.11.2017	Freitag	<input type="checkbox"/>	09.12.2017	Samstag	<input type="checkbox"/>
11.10.2017	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	11.11.2017	Samstag	<input type="checkbox"/>	10.12.2017	Sonntag	<input type="checkbox"/>
13.10.2017	Freitag	<input type="checkbox"/>	12.11.2017	Sonntag	<input type="checkbox"/>	13.12.2017	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
14.10.2017	Samstag	<input type="checkbox"/>	15.11.2017	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	15.12.2017	Freitag	<input type="checkbox"/>
15.10.2017	Sonntag	<input type="checkbox"/>	17.11.2017	Freitag	<input type="checkbox"/>	16.12.2017	Samstag	<input type="checkbox"/>
18.10.2017	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	18.11.2017	Samstag	<input type="checkbox"/>	17.12.2017	Sonntag	<input type="checkbox"/>
20.10.2017	Freitag	<input type="checkbox"/>	19.11.2017	Sonntag	<input type="checkbox"/>	20.12.2017	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
21.10.2017	Samstag	<input type="checkbox"/>	22.11.2017	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	22.12.2017	Freitag	<input type="checkbox"/>
22.10.2017	Sonntag	<input type="checkbox"/>	24.11.2017	Freitag	<input type="checkbox"/>	23.12.2017	Samstag	<input type="checkbox"/>
25.10.2017	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	25.11.2017	Samstag	<input type="checkbox"/>	24.12.2017	Sonntag	<input type="checkbox"/>
27.10.2017	Freitag	<input type="checkbox"/>	26.11.2017	Sonntag	<input type="checkbox"/>	25.12.2017	Montag	<input type="checkbox"/>
28.10.2017	Samstag	<input type="checkbox"/>	29.11.2017	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	26.12.2017	Dienstag	<input type="checkbox"/>
29.10.2017	Sonntag	<input type="checkbox"/>				27.12.2017	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
31.10.2017	Dienstag	<input type="checkbox"/>				29.12.2017	Freitag	<input type="checkbox"/>
						30.12.2017	Samstag	<input type="checkbox"/>
						31.12.2017	Sonntag	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>

Arztname: \_\_\_\_\_

Arztstempel und Unterschrift/en