

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

20.10.2017

**Umsetzung der Dienstverpflichtung im Bereich des kinder- und jugendärztlichen
Bereitschaftsdienstes
hier: Dienstplanung für das 1. Quartal 2018**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit übersenden wir Ihnen die Vordrucke für die Dienstplanung für das 1. Quartal 2018.

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 1. Quartal 2018 bitten wir Sie, diese

bis spätestens 08.11.2017

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 unter der Rubrik „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“. Dort können Sie auch den aktuellen Dienstplan für das 4. 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 Sie ebenfalls gebeten, sich mit dem ÄBD – Büro in Verbindung zu setzen.**

Kinder- und jugendärztlicher Bereitschaftsdienst

KV-eigene Erste-Hilfe-Stelle und Kooperationen

1 . Quartal 2018

Bitte bis 08.11.2017 zurücksenden 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 Berlin | 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
1. Quartal 2018**

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

Januar

Datum	Wochentag	
01.01.2018	Montag	<input type="checkbox"/>
<small>Neujahr</small>		
03.01.2018	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
05.01.2018	Freitag	<input type="checkbox"/>
06.01.2018	Samstag	<input type="checkbox"/>
07.01.2018	Sonntag	<input type="checkbox"/>
10.01.2018	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
12.01.2018	Freitag	<input type="checkbox"/>
13.01.2018	Samstag	<input type="checkbox"/>
14.01.2018	Sonntag	<input type="checkbox"/>
17.01.2018	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
19.01.2018	Freitag	<input type="checkbox"/>
20.01.2018	Samstag	<input type="checkbox"/>
21.01.2018	Sonntag	<input type="checkbox"/>
24.01.2018	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
26.01.2018	Freitag	<input type="checkbox"/>
27.01.2018	Samstag	<input type="checkbox"/>
28.01.2018	Sonntag	<input type="checkbox"/>
31.01.2018	Mittwoch	<input type="checkbox"/>

Februar

Datum	Wochentag	
02.02.2018	Freitag	<input type="checkbox"/>
03.02.2018	Samstag	<input type="checkbox"/>
04.02.2018	Sonntag	<input type="checkbox"/>
07.02.2018	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
09.02.2018	Freitag	<input type="checkbox"/>
10.02.2018	Samstag	<input type="checkbox"/>
11.02.2018	Sonntag	<input type="checkbox"/>
14.02.2018	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
16.02.2018	Freitag	<input type="checkbox"/>
17.02.2018	Samstag	<input type="checkbox"/>
18.02.2018	Sonntag	<input type="checkbox"/>
21.02.2018	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
23.02.2018	Freitag	<input type="checkbox"/>
24.02.2018	Samstag	<input type="checkbox"/>
25.02.2018	Sonntag	<input type="checkbox"/>
28.02.2018	Mittwoch	<input type="checkbox"/>

März

Datum	Wochentag	
02.03.2018	Freitag	<input type="checkbox"/>
03.03.2018	Samstag	<input type="checkbox"/>
04.03.2018	Sonntag	<input type="checkbox"/>
07.03.2018	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
09.03.2018	Freitag	<input type="checkbox"/>
10.03.2018	Samstag	<input type="checkbox"/>
11.03.2018	Sonntag	<input type="checkbox"/>
14.03.2018	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
16.03.2018	Freitag	<input type="checkbox"/>
17.03.2018	Samstag	<input type="checkbox"/>
18.03.2018	Sonntag	<input type="checkbox"/>
21.03.2018	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
23.03.2018	Freitag	<input type="checkbox"/>
24.03.2018	Samstag	<input type="checkbox"/>
25.03.2018	Sonntag	<input type="checkbox"/>
28.03.2018	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
30.03.2018	Freitag	<input type="checkbox"/>
<small>Karfreitag</small>		
31.03.2018	Samstag	<input type="checkbox"/>

Arztname: _____

Arztstempel und Unterschrift/en