

Meldebogen an die Terminservicestelle Fachärztliche Termine

An die
Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Terminservicestelle
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Fax: 030 – 31 00 35 09 00
E-Mail: terminservice@kvberlin.de

Bitte tragen Sie nur Termine ein, die Sie der Terminservicestelle zur Vergabe zur Verfügung stellen.

Dies können Sie als:

- ➔ **Einzeltermin** oder
- ➔ **Serientermin** (gültig immer bis zum Ende des Kalenderjahres)

Wenn Sie Ihre Termine grundsätzlich selbst vergeben, füllen Sie diesen Fragebogen bitte nicht aus.

Praxis/Einrichtung: _____

BSNR: _____ LANR: _____

Name Facharzt/ärztin: _____

Einzeltermine

| Datum am: | Uhrzeit um: | voraussichtliche Termindauer | ggf. Spezialuntersuchungen (z.B.: Ultraschall, Koloskopie, Funduskopie o.ä.) |
|--------------|----------------|---------------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Serientermine

| | Serientermin 1 | | | Serientermin 2 | | |
|--|----------------|---------|-------------|----------------|---------|-------------|
| Wochentag: | | | | | | |
| Uhrzeit/-en um: | | | | | | |
| beginnend ab: (Datum) | | | | | | |
| Ggf. Spezialuntersuchungen (Datum) | | | | | | |
| | wöchentlich | 14tägig | 1xpro Monat | wöchentlich | 14tägig | 1xpro Monat |

Ihre E-Mail-Adresse für Rückmeldungen über gebuchte Termine: _____

Datum, Unterschrift

Praxisstempel: