

ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST

Einführungskurs

für neu am Ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmende Ärztinnen und Ärzte
am 19.03.2024

19.03.2024 ◦ Ersteller: H. Müller / Th. Wille / J. Warbein
Vortragender: Tansel Aksü





Es besteht ein striktes Rauchverbot im Einsatzwagen

Leitstelle des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes



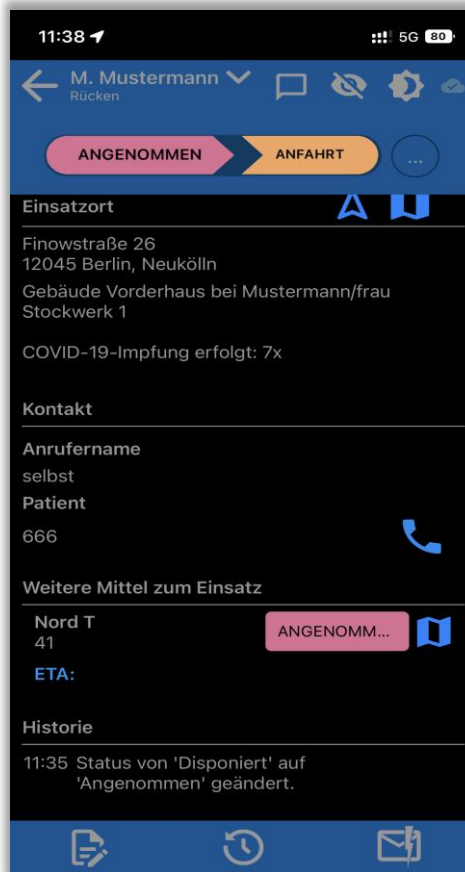
Fotos: Christof Rieken

ELS 3 App im Fahrzeug

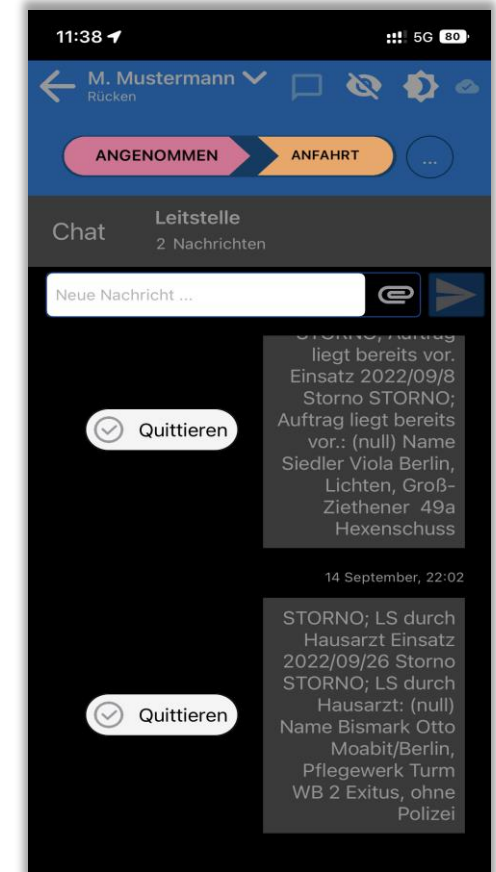
Einsatzübermittlung



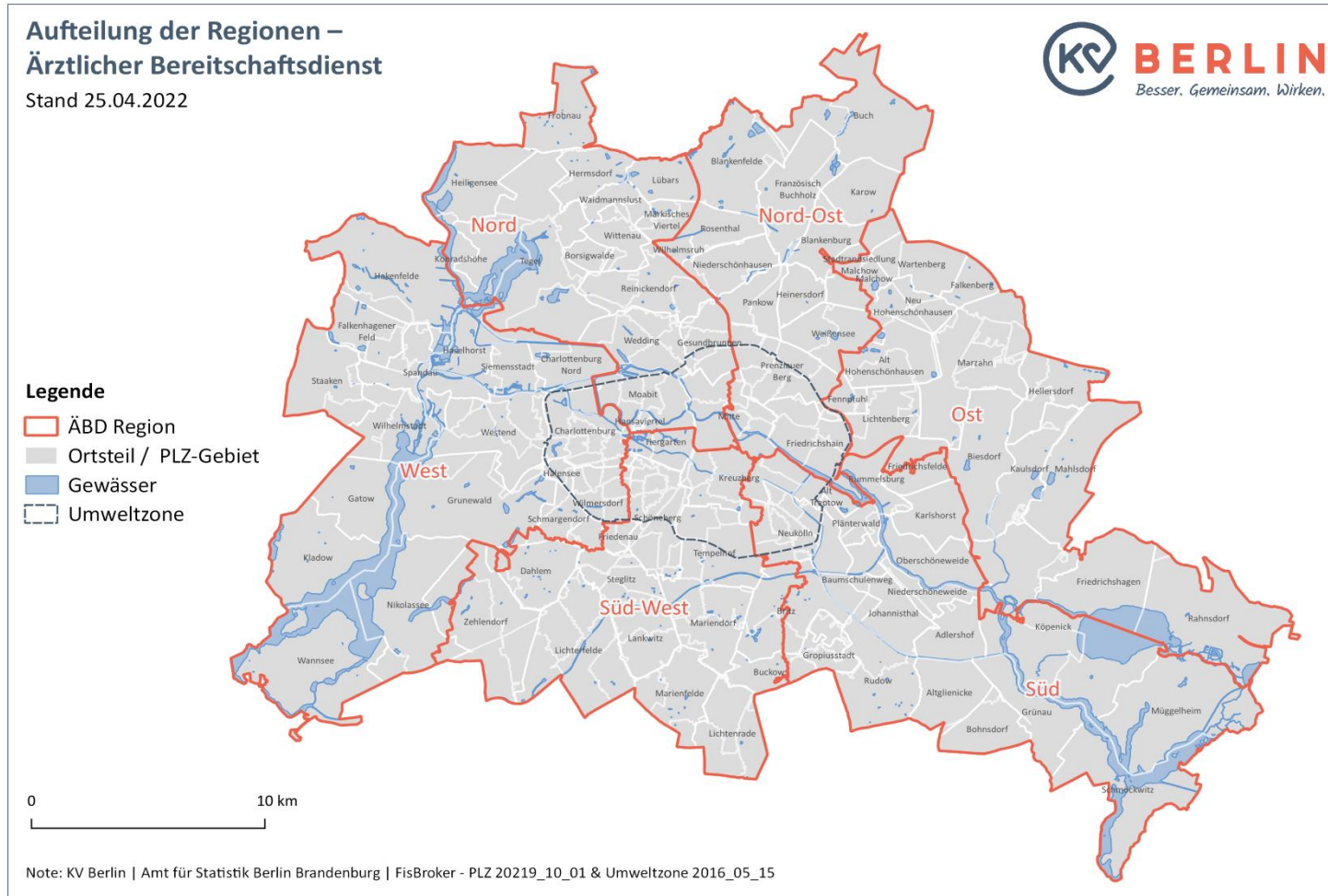
Einsatzannahme



Einsatzbearbeitung



Regionsaufteilung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst



Einsatzraster im fahrenden ÄBD

Dienst	Zeitprofil (Fahrer:in)	Zeitprofil (Ärzt:in)	DB-Meldung Ärzt:in Bei spätestens	Abholort Ärzt:in
Tagesdienst werktags	07:00 Uhr bis 18:00 Uhr	07:30 Uhr bis 18:00 Uhr	06:30 Uhr	ÄHS oder in der Dienstregion
T1 samstags, sonntags, feiertags	07:00 Uhr bis 13:00 Uhr (optional bis 14.30 Uhr)	07:30 Uhr bis 13:00 Uhr (optional bis 14:30 Uhr)	06:30 Uhr	ÄHS
T2 samstags, sonntags, feiertags	09:00 Uhr bis 17:00 Uhr (optional bis 17:30 Uhr)	09:30 Uhr bis ca. 17:30 Uhr (optional bis 17:30 Uhr)	08:30 Uhr	ÄHS oder in der Dienstregion
Spätdienst	17:30 Uhr bis 22:00 Uhr (optional 00.00 Uhr)	18:00 Uhr bis 22:00 Uhr (optional 00.00 Uhr)	17:00 Uhr	ÄHS oder in der Dienstregion
Nachtdienst Kurze Nacht	19:30 Uhr bis 01:00 Uhr (optional 03:00 Uhr)	20:00 Uhr bis 01:00 Uhr (optional 03:00 Uhr)	18:00 Uhr	ÄHS oder in der Dienstregion
Nachtdienst Lange Nacht	19:30 Uhr bis 06:00 Uhr	20:00 Uhr bis 06:00 Uhr	18:00 Uhr	ÄHS, in der Dienstregion oder am Wohnort

Ausstattung im fahrenden Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Notfallkoffer



INHALTSVERZEICHNIS

(aktueller Stand vom 28.08.2019)

1 Alu - Koffer Standard mit nachstehendem Inhalt

!!! Bitte gebrauchte und entnommene Gegenstände abhaken !!!

**KOFFER
Nr.**

Stückzahl	entnommen	
1	<input type="checkbox"/>	Ambu Beatmungsbeutel kompakt mit Atemmaske Nr.5
1	<input type="checkbox"/>	Atemmaske mit Verbindungsschlauch
4	<input type="checkbox"/>	Absaugkatheter sortiert
4	<input type="checkbox"/>	Braunüle Safety
2	<input type="checkbox"/>	Einweghandschuhe + 1 Hände-Desinfektion 150ml
2	<input type="checkbox"/>	Einwegspritze 10 ml
1	<input type="checkbox"/>	Flasche Infusionslösung Ringer
1	<input type="checkbox"/>	Flasche Glucose - Lösung 10 %
1	<input type="checkbox"/>	Gummimundkeil
5	<input type="checkbox"/>	Guedeltubi sortiert Größe 0, 1, 2, 3, 4,
3	<input type="checkbox"/>	Infusionsbesteck
1	<input type="checkbox"/>	Kanülensammler
1	<input type="checkbox"/>	Kissenmaske
1	<input type="checkbox"/>	Kunststoffverbinder mit Fingertip
2	<input type="checkbox"/>	Kunststoffklemme blau
1	<input type="checkbox"/>	Larynx - Tubus LT-D Notfallset
1	<input type="checkbox"/>	Mini Absaugpumpe Ambu !!! BITTE ENTLEREEN !!!
1	<input type="checkbox"/>	Magillzange
4	<input type="checkbox"/>	Mandrin
2	<input type="checkbox"/>	Porofix Kanülenpflaster
4	<input type="checkbox"/>	Perfusionsbesteck
1	<input type="checkbox"/>	Prämeta Stauer
1	<input type="checkbox"/>	Rolle Leukosilk
2	<input type="checkbox"/>	Sauerstoffnasensonde
1	<input type="checkbox"/>	Sauerstoff Flasche + Druckminderer 0,8 Liter gefüllt aktueller Inhalt :
1	<input type="checkbox"/>	Verbandsmaterialfüllung nach DIN 13164

Datum: CK - Wagen - Nr.:

Name des Arztes:
Unterschrift des Arztes

Name des Fahrers:
Unterschrift des Fahrers

Koffer wurde aufgefüllt und verplombt.

Unterschrift und Datum

Philips HeartStart



KV BERLIN Einsatzprotokoll Automatische Externe Defibrillation
Besser. Gemeinsam. Wirken. ÄBD

Nach einem Defibrillatoreinsatz vom Arzt auszufüllen und den Fahrerunterlagen beizufügen

Datum	<input type="text"/>	
Patient	<input type="text"/>	
Nachname	<input type="text"/>	
Vorname	<input type="text"/>	
bewusstlos	<input type="checkbox"/>	
keine Atmung	<input type="checkbox"/>	
Reanimation begonnen durch	Bereitschaftsarzt	<input type="checkbox"/>
	Angehörige	<input type="checkbox"/>
	Dritte	<input type="checkbox"/>
Basisreanimation	Thoraxdruck	<input type="checkbox"/>
	Beatmung Pocketmaske	<input type="checkbox"/>
	Beatmung LT	<input type="checkbox"/>
	Beatmung Maske/Beutel	<input type="checkbox"/>
	Adrenalin	<input type="checkbox"/>
AED bei 1. Analyse	Schock empfohlen	<input type="checkbox"/>
	kein Schock empfohlen	<input type="checkbox"/>
Ergebnis	primär erfolgreich	<input type="checkbox"/>
	primär erfolglos	<input type="checkbox"/>
Übergabe an	NEF	<input type="checkbox"/>
	RTW	<input type="checkbox"/>
	Polizei	<input type="checkbox"/>
	Angehörige	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen

Name und Unterschrift

Beispiel einer Arzttasche / eines Arztkoffers im fahrenden ÄBD



Elektronisches Kartenlesegerät



Häufig genutzte Medikamente im ÄBD

Empfehlung der Bereitschaftsdienstkommission

1. Untersuchungsgeräte:

Stauschlauch
Stethoskop
RR – Messgerät
Reflexhammer
Otoskop (auch für Kinder)
Spatel
Lampe
BZ – Messgerät
Pulsoxymeter

2. Sonstiges:

Einmalhandschuhe
Urinteststreifen
Glucose – Teststreifen
Kanülen für i.m./ i.v / s.c
Spritzen (2/5/10 ml)
Butterfly/ Braunüle
Alkoholtupfer
Händedesinfektion
Arztstempel
Rezepte (Privat/ Kasse)
Fieberthermometer
Pflaster/ Leukosilk
Kissenmaske

3. Ampullen:

Tramadol
Butylscopolamin
Metoclopramid
Diazepam
Promethazin
Haloperidol
Novaminsulfon
Furosemid
Glukose 40 %
Suprarenin
Atropin
Cortison (ggf . verschiedene Dosis)
NaCl 0,9 %
ASS
Heparin 5000 IE
Bricanyl
Tavegil
Adrenalin fastjekt

4. Tabletten/Sprays/Kapseln/Supp.:

Nitrolingual Spray oder Kapseln
Nifedipin
Phiolen
Vomex
Tramal Tropfen / Tabletten
Novalgin – Tropfen
Berotec DA
Budenosid DA
Rectodelt
Vomacur supp 40/70/150
Paracetamo supp.
(125/250/500/1000)
Dicofenac supp 100
Ibuprofen Tabl.
Voltaren resinat Kapseln
Tavegil Tropfen
InfectoKrupp Inhal

Es gehört zur Ausstattung der individuellen Arzttasche jedes
ÄBD-Arztes eine Pocket Maske



Dokumentation der Besuchsanforderungen

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Besuchsanforderung

Wagen-Nr. _____

Abfahrt zum Arzt: _____ Uhr

Ankunft beim Arzt: _____ Uhr Fahrer: _____

Lfd. Nr.	Auftragsannahme		Abfahrtszeit zum Patienten	Name	D	Straße (für Bemerkungen Rückseite benutzen)	Alter	E/SH	Ankunftszeit beim Patienten
	Zentrale	Fahrer							
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Arzt: Dr. _____

Einsatz-Bezirk: _____

Ankunft _____ km

Anschrift: _____

Abfahrt _____ km

Beginn des Fahrdienstes: _____ Pause von _____ bis _____

Gefahren _____ km

Endes des Fahrdienstes: _____ Datum: _____

Unterschrift _____ Kassenarzt-Nr. _____

Unterschrift des Fahrers _____

Besuchsanforderung

Wagen-Nr. _____

Ankunft beim Arzt: _____ Uhr Fahrer: _____

Lfd. Nr.	Auftragsannahme		Abfahrtszeit zum Patienten	Name	D	Straße (für Bemerkungen Rückseite benutzen)	Alter	E/SH	Ankunftszeit beim Patienten
	Zentrale	Fahrer							
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Einsatz-Bezirk: _____

Ankunft _____ km

Abfahrt _____ km

Gefahren _____ km

Unterschrift _____ Kassenarzt-Nr. _____

Unterschrift des Fahrers _____

Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Besuchsanforderung

Wagen-Nr. 03

Abfahrt zum Arzt: _____ Uhr

Ankunft beim Arzt: _____ Uhr

Fahrer: **Name des Fahrers**

Lfd. Nr.	Auftragsannahme		Abfahrtszeit zum Patienten	Name	D	Straße (für Bemerkungen Rückseite benutzen)	Alter	E/SH	Ankunftszeit beim Patienten
	Leitstelle	Fahrer							
1	17 ⁰⁵	17 ³³	17 ⁵⁰	Henzel, Vera			80		18 ⁰²
2	17 ⁴⁹	18 ⁰³	18 ¹⁴	Frank, Ricardo			28		18 ²⁰
3	16 ⁵⁸	17 ³⁴	18 ³¹	Sbrzesschy, Hans			68		19 ¹⁰
4	18 ⁵⁴	19 ¹⁵	19 ²⁴	Stegmann, Manfred ⁺¹			88	SH	19 ⁴⁶
5	18 ⁵⁴	19 ¹⁴	20 ¹¹	Schittelkop, Eva			34		20 ²²
6	19 ⁵⁰	20 ²⁶	20 ³⁸	Nowatzki, Else			98		20 ⁵⁰
7	21 ⁰⁸	21 ¹²	21 ¹²	Aksay ♀			27		21 ¹⁸
8									
9									
10									

Arzt: **Name des diensthabenden Arztes**

Einsatz-Region:

Ankunft _____ km

Anschrift:

Nord

Abfahrt 122072 km

Beginn des Fahrdienstes: 17³⁰

Pause von _____ bis _____

Gefahren _____ km

Ende des Fahrdienstes: 22⁰⁰

Datum: 8.8.05

MWL

Unterschrift

Kassenarzt-Nr.

B.H.

Unterschrift des Fahrers

Besonderheit im ÄBD

Die Eigenmeldung

- In der Wohnung eines Patienten möchte z.B. ein Mitbewohner auch behandelt werden (Mitbesuch)
- Im Treppenhaus, auf der Straße, etc. werden Sie von Passanten angesprochen und um ärztliche Hilfe gebeten

In jedem Fall ist die Leitstelle per Mobiltelefon über diesen zusätzlichen Behandlungsfall zu informieren → Auftragsdokumentation (Name, Geburtsdatum, Krankenkasse

(Abgleich der Anzahl der Aufträge erfolgt zum Dienstende, fehlende Aufträge können nach Beendigung des Dienstes nicht nacherfasst werden und sind nicht abrechnungsfähig!)

- **Benachrichtigung der Leitstelle**
- **1.** über die **ELS3-App** auf dem Smartphone im Fahrzeug per Textnachricht
- **2.** Anforderung über: **31 003 – 718** (in der Wohnung der Patienten)

Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Besuchsanforderung

Wagen-Nr. 28

Abfahrt zum Arzt: _____ Uhr

Ankunft beim Arzt: _____ Uhr

Fahrer: _____

Lfd. Nr.	Auftragsannahme		Abfahrtszeit zum Patienten	Name	D	Straße (für Bemerkungen Rückseite benutzen)	Alter	E/SH	Ankunftszeit beim Patienten
	Leitstelle	Fahrer							
1	702	701	751	Sunte Mike					8:01
2	703	711	802	Giese Thomas					8:31
3	700	711	838	Wiesel Ingeborg	C				8:50
4	805	809	912	Napierala Elke					9:21
5	901	932	943	Nohl Eva					10:00
6	916	1003	1009	Ganz Konrad	D				10:12
7	913	931	1024	Stem Ulrich					10:49
8	1021	1042	1052	Fahr Jessica					11:03
9	1026	1104	1111	Neithe-Joergine	D				11:16
10									

Arzt: _____

Einsatz-Region:

Ankunft 393 km

Anschrift: Masencillop

URS

Abfahrt 116 km

Beginn des Fahrdienstes: 7:00

Pause von _____ bis _____

Gefahren 108 km

Ende des Fahrdienstes: _____

Datum: 19.6.21

Unterschrift _____

Kassenarzt-Nr. _____

Unterschrift des Fahrers _____

Dokumentation auf dem Sonderabrechnungsschein

Sie werden gebeten, den Sonderabrechnungsschein **vollständig** und **leserlich** auszufüllen.

ADK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	M	F	R	Sonderabrechnungsschein für zentralen Bereitschaftsdienst				
Name, Vorname des Versicherten							Versicherungsgruppe kennzeichnen			Tagesbesuch			EBM-Leistungen	Krankenkassen-Nr.
geb. am _____							_____ Uhr				Lfd. Nr.			
Kassen-Nr. _____							_____ Uhr				Lfd. Nr.			
Versicherten-Nr. _____							_____ Uhr				Lfd. Nr.			
Status _____							_____ Uhr				Lfd. Nr.			
Betriebsstätten-Nr. _____							_____ Uhr				Lfd. Nr.			
Arzt-Nr. _____							_____ Uhr				Lfd. Nr.			
Datum _____							_____ Uhr				Lfd. Nr.			
Wohnung des Patienten							_____ Uhr				Lfd. Nr.			
ausgeführt _____ Uhr							_____ Uhr				Lfd. Nr.			
Besuchsanschrift (wenn abweichend)										Temperatur:				
Anamnese / Vormedikation										Vitalparameter:				
klinischer Befund														
Diagnose														
Therapie / Medikation														
allgemeine Empfehlung														
Wichtiger Hinweis für Patienten														
Wiedervorstellung bei Verschlechterung <input type="checkbox"/>														
Bei Verschlimmerung oder ausbleibender Besserung wird die Wiedervorstellung beim Hausarzt, dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (Tel.: 310031) oder in der Erste-Hilfe-Stelle dringend empfohlen! In einer akut lebensbedrohlichen Situation rufen Sie bitte unter der Telefonnummer 112 den Rettungsdienst der Berliner Feuerwehr an.														
AU voraussichtlich bis _____ bescheinigt														
Teil C erhält														
Dr. med.:														
Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit														
Sonstiger Unfall, sonstige Unfallfolgen														
Versorgungsgleichen										Datum, Stempel und Unterschrift des Bereitschaftsdienststarztes				

Stempel bitte auch auf Teil c! 511-20 a

ADK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	M	F	R	Bereitschaftsdienstprotokoll für den vertretenden Arzt		
Name, Vorname des Versicherten							Versicherungsgruppe kennzeichnen			Tagesbesuch	EBM-Leistungen	Krankenkassen-Nr.
geb. am _____							_____ Uhr				Lfd. Nr.	
Kassen-Nr. _____							_____ Uhr				Lfd. Nr.	
Versicherten-Nr. _____							_____ Uhr				Lfd. Nr.	
Status _____							_____ Uhr				Lfd. Nr.	
Betriebsstätten-Nr. _____							_____ Uhr				Lfd. Nr.	
Arzt-Nr. _____							_____ Uhr				Lfd. Nr.	
Datum _____							_____ Uhr				Lfd. Nr.	
Wohnung des Patienten							_____ Uhr				Lfd. Nr.	
ausgeführt _____ Uhr							_____ Uhr				Lfd. Nr.	
Besuchsanschrift (wenn abweichend)										Temperatur:		
Anamnese / Vormedikation										Vitalparameter:		
klinischer Befund												
Diagnose												
Therapie / Medikation												
allgemeine Empfehlung												
Wichtiger Hinweis für Patienten												
Wiedervorstellung bei Verschlechterung <input type="checkbox"/>												
Bei Verschlimmerung oder ausbleibender Besserung wird die Wiedervorstellung beim Hausarzt, dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (Tel.: 310031) oder in der Erste-Hilfe-Stelle dringend empfohlen! In einer akut lebensbedrohlichen Situation rufen Sie bitte unter der Telefonnummer 112 den Rettungsdienst der Berliner Feuerwehr an.												
AU voraussichtlich bis _____ bescheinigt												
Teil C erhält												
Dr. med.:												
Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit												
Sonstiger Unfall, sonstige Unfallfolgen												
Versorgungsgleichen										Datum, Stempel und Unterschrift des Bereitschaftsdienststarztes		

511-20 b

VdAK	AEV	Knappschaft	M	F	R	Mitteilung für weiterbehandelnden Arzt					
Name, Vorname des Versicherten						Versicherungsgruppe kennzeichnen			Tagesbesuch	EBM-Leistungen	Krankenkassen-Nr.
geb. am _____						_____ Uhr				Lfd. Nr.	
Kassen-Nr. _____						_____ Uhr				Lfd. Nr.	
Versicherten-Nr. _____						_____ Uhr				Lfd. Nr.	
Status _____						_____ Uhr				Lfd. Nr.	
Betriebsstätten-Nr. _____						_____ Uhr				Lfd. Nr.	
Arzt-Nr. _____						_____ Uhr				Lfd. Nr.	
Datum _____						_____ Uhr				Lfd. Nr.	
Wohnung des Patienten						_____ Uhr				Lfd. Nr.	
ausgeführt _____ Uhr						_____ Uhr				Lfd. Nr.	
Besuchsanschrift (wenn abweichend)									Temperatur:		
Anamnese / Vormedikation									Vitalparameter:		
klinischer Befund											
Diagnose											
Therapie / Medikation											
allgemeine Empfehlung											
Wichtiger Hinweis für Patienten											
Wiedervorstellung bei Verschlechterung <input type="checkbox"/>											
Bei Verschlimmerung oder ausbleibender Besserung wird die Wiedervorstellung beim Hausarzt, dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (Tel.: 310031) oder in der Erste-Hilfe-Stelle dringend empfohlen! In einer akut lebensbedrohlichen Situation rufen Sie bitte unter der Telefonnummer 112 den Rettungsdienst der Berliner Feuerwehr an.											
AU voraussichtlich bis _____ bescheinigt											
Teil C erhält											
Dr. med.:											
Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit											
Sonstiger Unfall, sonstige Unfallfolgen											
Versorgungsgleichen									Datum, Stempel und Unterschrift des Bereitschaftsdienststarztes		

511-20 c

fest

AOK		LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	M	F	R	Sonderabrechnungsschein für zentralen Bereitschaftsdienst	
Name, Vorname des Versicherten Deutsche LKK Heinz-Jürgen geb. am 18.08.57												
Kassen-Nr. 9939 0031		Versicherten-Nr.		Status 51		Tagesbesuch Uhr		EBM-Leistungen 01210		Krankenkassen-Nr. Lfd. Nr.		
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum 02.02.12		Nachtbesuch Uhr		ICD-10 K52.0		ICD-10		
Wohnung des Patienten 12679		Arzt-Nr.		Datum SIR		bestellt Uhr		ICD-10		ICD-10		
ausgeführt 6		Arzt-Nr.		Datum		ausgeführt Uhr		ICD-10 80032		ICD-10		
Anamnese / Vormedikation Pö. Royanae Unstetig diffuse zirkuläre Injektion (Colon) Halsmahlzeit Steinbildung												
klinischer Befund Ml und 08												
Diagnose Gastroenteritis												
Therapie / Medikation Zorrof Wg. Buscopan + Bedaf												
Wichtiger Hinweis für Patienten Wiedervorstellung bei Verschlechterung <input type="checkbox"/> Bei Verschlimmerung oder ausbleibender Besserung wird die Wiedervorstellung beim Hausarzt, dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (Tel.: 310031) oder in der Erste-Hilfe-Stelle dringend empfohlen! In einer akut lebensbedrohlichen Situation rufen Sie bitte unter der Telefonnummer 112 den Rettungsdienst der Berliner Feuerwehr an.												
AU voraussichtlich bis _____ bescheinigt												
Teil C erhält Dr. med.: Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit Sonstiger Unfall, sonstige Unfallfolgen Versorgungsleiden												

Stempel bitte auch auf Teil c! 511-20 a

<input checked="" type="checkbox"/> LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	M	F	R	Sonderabrechnungsschein für zentralen Bereitschaftsdienst		
Name, Vorname des Versicherten Karin Sorglos geb. am 14.12.43						Tagesbesuch 1140 Uhr		EBM-Leistungen 01210		Krankenkassen-Nr. Lfd. Nr.	
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		Nachtbesuch Uhr		ICD-10 01211		ICD-10	
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		bestellt Uhr		ICD-10 01411		ICD-10	
Wohnung des Patienten Freiheit 75		Arzt-Nr.		Datum		ausgeführt Uhr		ICD-10 40224		ICD-10 K10.4V	
Anamnese / Vormedikation Seit gestern kronenstarke abdominale Schmerzen, einseitig rechts, Stühle auffällig insulinpflichtiger Diab. mell. VT, Metformin, Periclin											
klinischer Befund Abdomen weich, Dsine Epigastrie, Peristaltik regellos, keine Morpheus arrhythmisch, Pulmo VA											
Diagnose rechtl. Abdomen											
Therapie / Medikation 1 Amp. Novamin sulfon i.v. 1 Amp. Buscopan i.v.											
allgemeine Empfehlung wenn keine Besserung, ggf. Vorstellung in Rettungsstelle											
Wichtiger Hinweis für Patienten Wiedervorstellung bei Verschlechterung <input checked="" type="checkbox"/> Bei Verschlimmerung oder ausbleibender Besserung wird die Wiedervorstellung beim Hausarzt, dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (Tel.: 310031) oder in der Erste-Hilfe-Stelle dringend empfohlen! In einer akut lebensbedrohlichen Situation rufen Sie bitte unter der Telefonnummer 112 den Rettungsdienst der Berliner Feuerwehr an.											
AU voraussichtlich bis _____ bescheinigt											
Teil C erhält Dr. med.: Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit Sonstiger Unfall, sonstige Unfallfolgen Versorgungsleiden											

Dr. med. Elisabeth Martin
Stefanie Ortlinger
Fachärztinnen für Innere Medizin
Senftenberg
Senftenberg Ring 5 a, 13439 Berlin
Tel. 030 414 01 00
72 83630

Stempel bitte auch auf Teil c! 511-20 a

MVZ- bzw. angestellte Ärzte im ÄBD

Die o.g. Ärzte tragen neben dem Kassenstempel des **Medizinischen Versorgungszentrums bzw. der anstellenden Praxis** auch ihren Namen gut lesbar oder als Stempel auf dem Sonderabrechnungsschein ein.

Idealerweise sollte die LANR auch auf dem Sonderabrechnungsschein eingetragen werden.

Dies ist für eine klare Identifizierung des Bereitschaftsdienstarztes unerlässlich.

Besonderheit im ÄBD

Ablehnung einer Behandlung

- Der von Ihnen besuchte Patient lehnt Ihre Behandlung ab
- Der von Ihnen behandelte Patient lehnt die erforderliche Einweisung in ein Krankenhaus ab

Unbedingt diese Sachverhalte auf dem Sonderabrechnungsschein dokumentieren und die Leitstelle per Mobiltelefon hierüber informieren.

- In besonderen Fällen sollte die Ablehnung evtl. auch vom Patienten oder von anwesenden Angehörigen, z. B. bei Demenz oder Verwirrtheit unterzeichnet werden, um Rechtssicherheit zu gewährleisten.

- **Benachrichtigung der Leitstelle**
- **1.** über die **ELS3-App** auf dem Smartphone im Fahrzeug per Textnachricht
- **2.** Anforderung über: **31 003 – 718** (in der Wohnung der Patienten)

Besonderheit im ÄBD

Behandlung von im EU-Ausland versicherten Personen

Seit 01.07.2017 wird hierfür die „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ genutzt. Das Muster 80/81 verliert seine Gültigkeit. Das Formular ist in den fünf gängigsten Sprachen auf den Einsatzfahrzeugen vorhanden.

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt unverändert über den Sonderabrechnungsschein.

Da im Hausbesuch keine unmittelbare Kopiermöglichkeit zur Verfügung steht wird es ab 01.10.2018 möglich sein, die Daten der EHIC oder der provisorischen Ersatzbescheinigung formlos händisch zu erfassen.

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Patient's Declaration European Health Insurance

der im EU- bzw. EWR-/Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.
on the part of the person insured in another EU or EEA country, or in Switzerland, submitting a European Health Insurance Card (EHIC) or a Provisional Replacement Certificate (PRC).

Bitte vollständig und lesbar ausfüllen. Please complete legibly and in full.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
I intend to stay in Germany until

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
I herewith confirm that I did not enter Germany for the purpose of treatment.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Selected assisting German health insurance fund

Name, Vorname des Patienten
Surname and forename of the patient

Geschlecht
Sex

weiblich
female männlich
male

Anschrift im Heimatstaat
Address in home country

Straße, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Land / Country

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Temporary address in Germany

oder
or Durchreise
Passing through

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, family, etc.)

Straße, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Tel.-Nr./E-Mail / Tel. No./e-mail

Identität nachgewiesen durch
Identity documented by

Reisepass
Passport

Personalausweis
ID card

Nr.
No.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
I confirm the accuracy of the information provided

Datum / Date

Unterschrift des Patienten
Patient's signature

Hinweis an den Arzt

Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

[7.2017]

Die EU-Versicherungskarte sollte mit Einverständnis des Patienten fotografiert werden, um evtl. spätere Nachfragen beantworten zu können, z. B. Versicherungsnummer, Institutskennzeichen etc..

Einweisung / Schnelle Hilfe in einer Notaufnahme

Möglichkeiten der Einweisung von Patienten

- Krankentransportwagen (KTW)
Arzt kann i.d.R. zum nächsten Patienten weiterfahren
Einverständnis der Datenübermittlung an DRK Leitstelle einholen
- Rettungstransportwagen (RTW) / Notarztwagen (NEF)
Arzt bleibt vor Ort !
- **Angefordert werden die Transport- bzw. Rettungsmittel in jedem Fall über die Leitstelle des ÄBD (Bei Krankentransporten unter Angabe der Diagnose, max. Wartezeit, Transportart {sitzend, liegend, Rollstuhl} und ggf. Zielklinik)**
- **KTW:** über die **ELS3-App** auf dem Smartphone im Fahrzeug
- **RTW:** Anforderung Telefonnummer: **31 003 – 718** (in der Wohnung der Patienten)
- **Nur im Notfall:** Telefonnummer: **313 02 84** (z. B. NEF / Reanimationsbedarf)

Formular zur Einweisung von Patienten

Sonderabrechnungsschein mit Hinweis „Schnelle Hilfe“

- Durch den ÄBD veranlasste Vorfahrt zu einer Rettungsstelle für eine weitergehende Diagnostik im Krankenhaus, wobei erst danach durch das Krankenhaus zu entscheiden ist, ob eine ambulante Versorgung ausreicht und der Patient wieder nach Hause entlassen wird oder ob der Patient stationär aufgenommen werden muss.

Zuzahlungspflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger HOK	Verordnung einer Krankenförderung 4
Zuzahlungsfreie	Name, Vorname des Versicherten Sorglos, Karin geb. am 14.12.43	
	Kostenträgerkennung 13597 Versicherten-Nr. Berlin Status	
	Betriebsstätten-Nr.	
	Arzt-Nr. 15.04.19 Datum	
		<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung

b) anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen:

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

c) **hochfrequente Behandlung** Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)

d) **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung** Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)

Begründung

e) anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am **15.04.19** / x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)
Rettingsstelle Vivantes Klinikum Spandau

3. Art der Beförderung

Taxi/Mietwagen; Rollstuhl Tragestuhl liegend

KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen
fachl. Lagerung v.a. Fraktur n. Sturz

RTW NAW/NEF andere

Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zu Wohnung stattfindet)
kurzfristige Fahrt keine Vorabgenehmigung möglich

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Zur Gültigkeit der Verordnung sind die Angabe der LANR (lebenslange Arztnummer) und Stempel mit BSNR (Betriebsstättennummer) notwendig

Gebührfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK	Hilfsmittel-BVG	Impfstoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Geb.-pflichtig	Name, Vorname des Versicherten Nachname, Vorname geb. am 01.01.23	6	7	8	9	
nocturn		Zuzahlung Gesamt-Brutto				
Sonstige	Kostenträgerkennung 109510001 Versicherten-Nr. X 123 456 789 Status	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe				
Unfall	Betriebsstätten-Nr. 722009800 Arzt-Nr. 779255003 Datum 01.02.23	1. Verordnung				
Arbeitsunfall		2. Verordnung				
		3. Verordnung				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)						
aut idem	6666 Abgabedatum in der Apotheke - im Bereitschaftsdienst verordnet - 72 20098					
aut idem						
aut idem						
aut idem						
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Tancel Akso Uwe Seeberger Fachärzte für Innere Medizin - Hausärztliche Versorgung - Bundesallee 185, 10717 Berlin Tel. 030/219 46 44 Unterschrift des Arztes Muster-16 (10.2014)				
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer	7220098004				

Maßnahmen zur vorläufigen behördlichen Unterbringung psychisch kranker Personen

(Zwangseinweisung)
nach PsychKG
§ 26, Abs. 2

Geschäftsanweisung PPr Stab
Nr.: 5 / 2007

über die polizeiliche Behandlung
von psychisch kranken Personen
(PPr = Polizeipräsident)

Benachrichtigung der Leitstelle

1. über die **ELS3-App** auf dem Smartphone
im Fahrzeug per Textnachricht
2. Anforderung über: **31 003 – 718**
(in der Wohnung der Patienten)
3. Nur im Notfall: **313 02 84**

Maßnahmen zur vorläufigen behördlichen Unterbringung psychisch kranker Personen

Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG , § 26, Abs. 2)

Vorläufige behördliche Unterbringung

(2) Kann das Bezirksamt die Unterbringung nach Absatz 1 nicht rechtzeitig anordnen, so kann auch der Polizeipräsident in Berlin oder eine der in § 10 genannten Einrichtungen diese anordnen. Die Unterbringung durch den Polizeipräsidenten in Berlin ist nur zulässig, wenn sie auch ein Arzt für erforderlich hält. Der Arzt kann auch der aufnehmende Arzt der Einrichtung sein. Die Einrichtung unterrichtet das Bezirksamt, in dessen Bezirk die Einrichtung liegt, unverzüglich über die Unterbringung.

Besonderheit im ÄBD

- Der Patient, bei dem Sie einen Hausbesuch durchführen sollen, öffnet die Wohnungstür / Haustür nicht!

Was ist zu tun?

- Die Leitstelle anrufen 31 003 718 und nähere Informationen zum Auftrag einholen
- Entscheidung treffen über Türöffnen durch die Berliner Feuerwehr oder Abbruch und Weiterfahrt zum nächsten Patienten

Rezepte im ÄBD

Rezepte im ÄBD

Seit dem 01.07.2008 muss jedes Rezept sowohl mit der **Betriebsstättennummer** (BSNR) als auch mit der neuen **lebenslangen Arztnummer** (LANR) gekennzeichnet werden. Dies gilt auch für handschriftlich ausgefüllte Rezepte.

Ab dem 01.07.2016 muss auch der vollständige Name (**Vor- und Nachname**) und die **Telefonnummer** des Arztes / der Ärztin auf dem Rezept angegeben werden.

(siehe Arzneimittelverschreibungsverordnung)

The image shows a sample of a German medical prescription form (ÄBD) with handwritten entries. The form is divided into several sections:

- Krankenkasse bzw. Kostenträger:** AOK
- Name, Vorname des Versicherten:** Nachname, Vorname
- geb. am:** 01.01.23
- Kostenträgerkennung:** 109510001
- Versicherten-Nr.:** X 123 456 789
- Status:** (empty)
- Betriebsstätten-Nr.:** 722009800
- Arzt-Nr.:** 779255003
- Datum:** 01.02.23
- Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.:** (empty)
- Faktor:** (empty)
- Taxe:** (empty)
- Verordnungen:** (empty)
- Vertragsarztstempel:** Tanel Akso, Uwe Seeberger, Fachärzte für Innere Medizin, Hausärztliche Versorgung - Bundesallee 185, 10717 Berlin, Tel. 030/219 46 41, Unterschrift des Arztes, Muster-16 (10.2014)
- Abgabedatum in der Apotheke:** (empty)
- Unfalltag:** (empty)
- Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer:** (empty)
- 7220098004**

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK		Hilfs- mittel 6	Impf- stoff 7	Spr.-St. Bedarf 8	Begr.- Pflicht 9	Apotheken-Nummer / IK	
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten Nachname, Vorname		Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
noctu	geb. am 01.01.23		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.					Faktor
Sonstige			1. Verordnung					Taxe
Unfall	Kostenträgerkennung 109510001	Versicherten-Nr. X 123 456 789	2. Verordnung					
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr. 722009800	Arzt-Nr. 779255003	3. Verordnung					
		Datum 01.02.23						

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) Vertragsarztstempel

aut
idem

aut
idem

aut
idem

- im Bereitschaftsdienst verordnet -

666H

--	--	--	--	--

Abgabedatum
in der Apotheke

Tansel Aksü
Uwe Seeberger

Fachärzte für Innere Medizin
- Hausärztliche Versorgung -
Bundesallee 185, 10717 Berlin

Tel. 030/218 46 44
Fax 030/218 46 45

72 20098

Unterschrift des Arztes
Muster-16 (10.2014)

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer
-----------	---------------------------------------

7220098004

Rezepte im ÄBD

Vordruckvereinbarung zu Muster 16 (Arzneiverordnungsblatt)

Wird die Arznei während der allgemeinen Ladenschlusszeiten ... dringend benötigt, so hat der Vertragsarzt dies in der Verordnung durch den Zusatz „noctu“ zu vermerken, damit in diesem Falle der Versicherte von der Entrichtung der Notdienstgebühr in der Apotheke befreit wird.



<input type="checkbox"/> Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK	BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
<input type="checkbox"/> Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten Nachname, Vorname	6	7	8	9		
<input checked="" type="checkbox"/> Sonstige	01.01.23 geb. am	Zuzahlung Gesamt-Brutto					
<input type="checkbox"/> Unfall	Kostenträgerkennung 109510001	Versicherten-Nr. X 123 456 789	Status	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe			
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr. 722009800	Arzt-Nr. 779255003	Datum 01.02.23	1. Verordnung			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)				Vertragsarztstempel			
<input type="checkbox"/> aut idem				Tandoi Aksü Uwe Seeberger Fachärzte für Innere Medizin - Hausärztliche Versorgung - Sundesallee 125, 10717 Berlin Tel. 030/218 46 44			
<input type="checkbox"/> aut idem				- im Bereitschaftsdienst verordnet - 72 20098 Unterschrift des Arztes Muster-16 (10.2014)			
<input type="checkbox"/> aut idem	666H Abgabedatum in der Apotheke						
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer		7220098004	

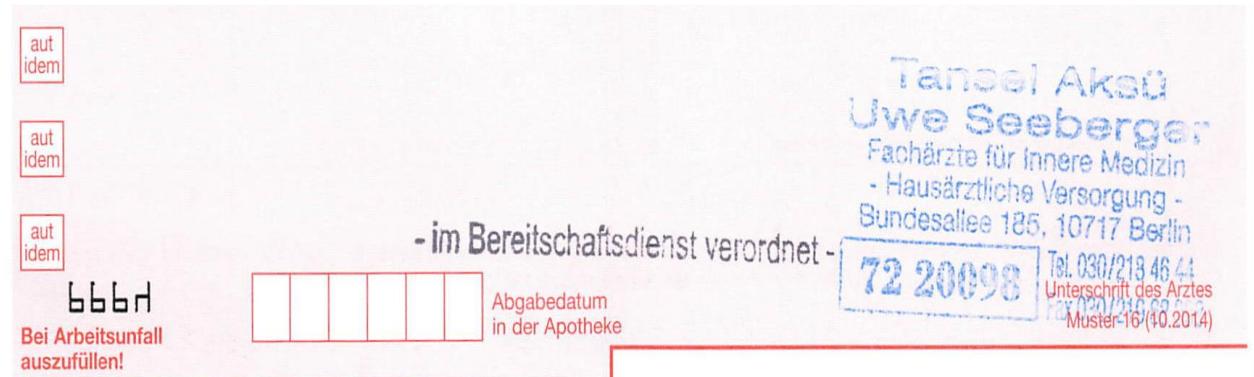
Rezepte im ÄBD

Vertragsärzte sind verpflichtet, bei GKV-Patienten Kassenrezepte mit dem Zusatz

„Im Bereitschaftsdienst verordnet“

zu verwenden.

(Bereitschaftsdienstordnung, §11, Abs.5)



Rezepte im ÄBD

Nichtvertragsärzte dürfen bei GKV-Patienten nur Privatrezepte ausstellen. Sie sind verpflichtet, wirtschaftlich zu verordnen und den Patienten über die Umschreibmodalitäten des Rezeptes zu informieren.

Es besteht keine Verpflichtung der Hausarztpraxis, das Privatrezept „umzuschreiben“. Patienten müssen sich an die Krankenkasse wenden, um Erstattung zu klären.

(Bereitschaftsdienstordnung, §11, Abs.6)

Leichenschau im ärztlichen Bereitschaftsdienst

Erläuterungen zum Leichenschauschein

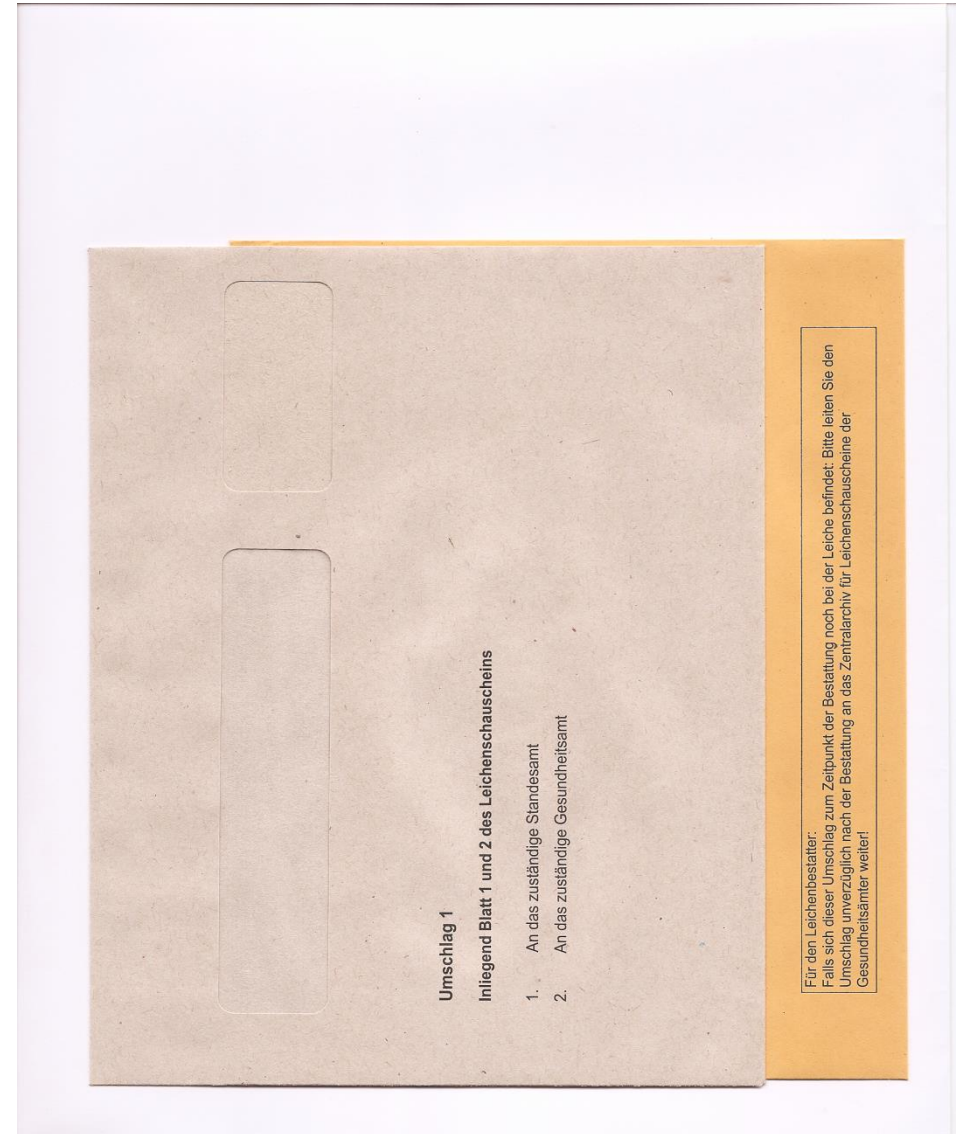
- Bei den Vorerkrankungen müssen die ICD-10 Codes angegeben werden
- Die Aufbewahrungsfrist des Formular für den Arzt beträgt 10 Jahre

Leichenschauschein für Berlin

Inhalt:

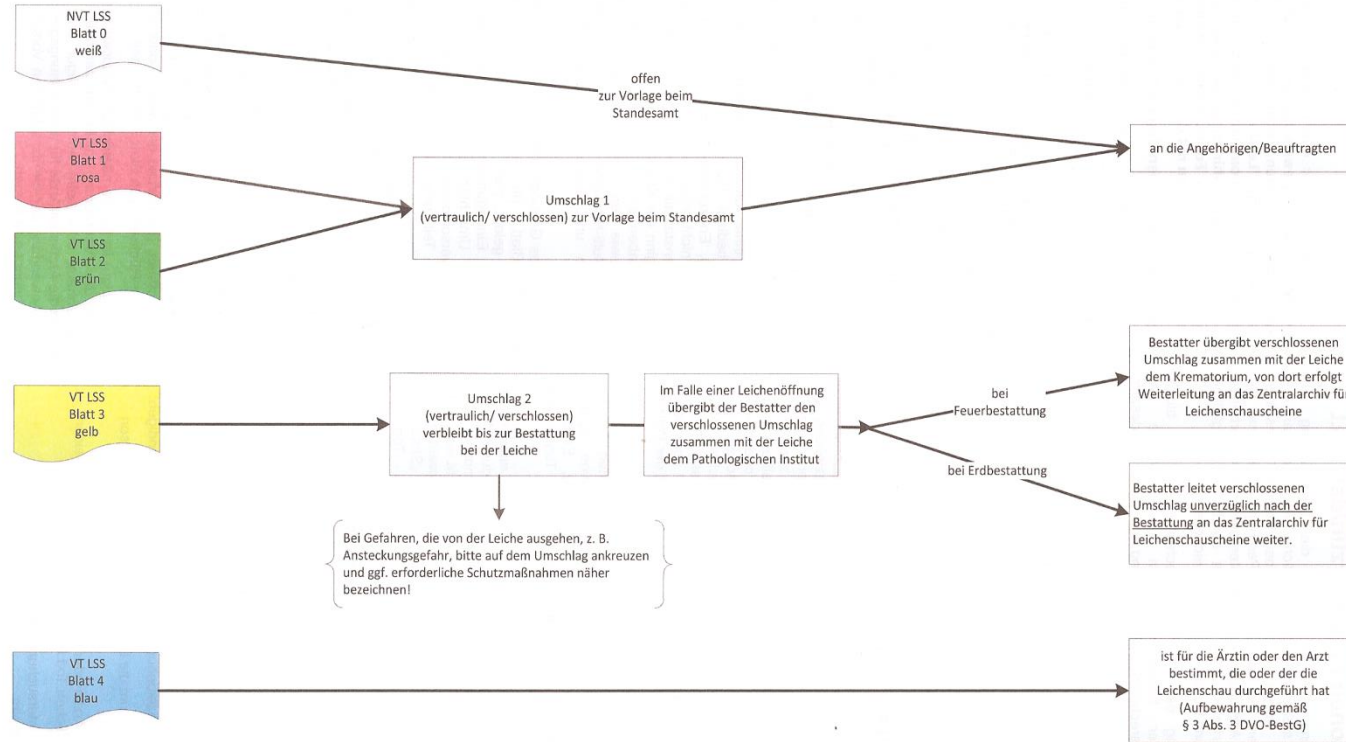
- * Vordrucksatz Leichenschauschein mit Vorblatt
(Informationen, Hinweise zum Leichenschauschein für die Ärztin/den Arzt)
- * Umschlag 1, grau
(für Blatt 1 und 2 des Leichenschauscheins)
- * Umschlag 2, gelb
(für Blatt 3 des Leichenschauscheins)

Ges1- (10.14)



Hinweise für den Arzt zur Handhabung der einzelnen Blätter des Leichenschauscheines

Der Formularsatz „Leichenschauschein“ besteht aus einem Blatt nicht vertraulicher Teil und vier Blättern vertraulicher Teil sowie zwei Fensterumschlägen. Der Leichenschauschein ist abgesehen von erforderlichen medizinischen Fachbegriffen in deutscher Sprache allgemein verständlich und ohne Abkürzungen vollständig auszufüllen und zu unterschreiben. Neben die Unterschrift ist der Stempelabdruck zu setzen.



Abweichende Handhabung des Formularsatzes bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod oder ungewisser Todesart:

Die Ärztin oder der Arzt, die oder der die Leichenschau nach § 6 Absatz 2 des Bestattungsgesetzes vorzeitig beendet und die Polizeibehörde benachrichtigt, füllt im Formularsatz „Leichenschauschein“ die Angaben aus, die ihr oder ihm ohne Veränderung an der Leiche möglich sind und die zweifelsfrei festgestellt werden können, mindestens aber die Personalangaben, die Angaben zum Zeitpunkt des Todes, die Warnhinweise, die Todesart sowie bei Totgeborenen das Geburtsgewicht, und unterschreibt und stempelt den Formularsatz. Die Ärztin oder der Arzt trennt Blatt 4 des vertraulichen Teils des Leichenschauscheins vom Formularsatz ab und hat dafür zu sorgen, dass die Polizeibehörde den verbleibenden Formularsatz „Leichenschauschein“ zusammen mit den Umschlägen erhält.

Zutreffendes bitte ankreuzen X und/oder in Blockschrift ausfüllen

Leichenschauschein Land Berlin - nicht vertraulicher Teil - **Blatt 0: Standesamt**

1. Personalangaben

Familienname, Geburtsname, Titel, Vorname		Standesamt	
Straße, Hausnummer		Sterbefall beurkundet, Sterberegister:	
PLZ, Wohnort	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Eintragung vorgemerkt, Vormerkungsbetr.: <input type="checkbox"/> Feuerbestattung <input type="checkbox"/> Erdbestattung	
Geburtsort	Geburtsdatum	Identifikation: <input type="checkbox"/> eigene Kenntnis <input type="checkbox"/> Ausweis/Pass <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Ortler <input type="checkbox"/> nicht möglich	

2. Zeitpunkt und Ort des Todes

<input type="checkbox"/> Todeszeitpunkt bekannt oder	<input type="checkbox"/> Zeitpunkt der Leichenauffindung, falls Todeszeitpunkt unbekannt: Tag Monat Jahr Stunden Minuten
<input type="checkbox"/> Sterbeort	Vollständige Adresse, ggf. Name des Krankenhauses, Pflegeheims, Sonstiges
<input type="checkbox"/> Auffindungsort, falls nicht Sterbeort	

3. Warnhinweise bei Gefahren, die von der Leiche ausgehen (wenn bekannt) bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr (z.B. meldepflichtige Erkrankung gem. §§ 6 und 7 IfSG)	<input type="checkbox"/> sonstiges (z.B. chemische Kontamination, Radioaktivität)
--	---

4. Todesart (Bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod oder bei ungewisser Todesart ist die Polizei zu benachrichtigen!)

<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	Wenn konkrete Befunde für eine lebensbedrohliche Krankheit bekannt sind, die einen Tod aus krankhafter Ursache und völlig unabhängig von rechtlichen bedeutsamen Faktoren (z.B. Unfall) plausibel erklären, und ein Fremdverschulden ausgeschlossen werden kann
<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod	Bei Tod durch Unfall, Selbsttötung, Tod durch strafbare Handlung, sonstige Gewalttätigkeit (z.B. Sturz, Vergiftung) und bei Verdachtsfällen der vorgenannten Kategorien oder bei unerwartetem Tod in Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen
<input type="checkbox"/> Todesart ungewiss	Keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, die Todesursache ist jedoch nicht bekannt. Trotz sorgfältiger Untersuchung und Einbeziehung der Vorgeschichte liegen keine konkreten Befunde einer lebensbedrohlichen Erkrankung vor, die einen Tod aus krankhaften natürlicher Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Sturz) plausibel erklären

Achtung!

Vor dem weiteren Ausfüllen ist jetzt der nicht vertrauliche Teil abzutrennen!

5. Zusatzangaben bei Totgeborenen (Totgeborene oder in der Geburt gestorbene Kinder von mindestens 500 g)

Gewicht	g
---------	---

6. Zusatzangaben bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind

Lebensdauer in Stunden	<input type="checkbox"/> unbekannt
------------------------	------------------------------------

Ärztliche Bescheinigung: Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben nach bestem Wissen. Die Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des § 6 Absatz 2 des Bestattungsgesetzes zutreffen.	Ärztin/ Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift und Stempel)
--	---

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren verboten!

Gez. 1 - Leichenschauschein - (10.14)

Abrechnungshinweise zur Leichenschau

- Seit dem 01.01.2020 gilt die Neuregelung der Gebührenordnung für Ärzte zur Leichenschau.
- Die Abrechnung der Leichenschau erfolgt als reine Privatliquidation.
- Neben den Leistungen nach den Nummern 100 und 101 sind die Zuschläge nach den Buchstaben F bis H berechnungsfähig.

ACHTUNG !

Uns ist bekannt, dass einzelne Bestattungsunternehmen in Berlin Ärzten im Bereitschaftsdienst Geldzuwendungen zukommen ließen.

In solchen Fällen werden Sie gebeten, uns darüber zu informieren und eine Anzeige wegen eines Bestechungsversuches vorzunehmen.

Abrechnung

Abrechnung im fahrenden Ärztlichen Bereitschaftsdienst

- Im fahrenden Ärztlichen Bereitschaftsdienst erfolgt keine Stundenvergütung.
Es wird nach einheitlichem Bewertungsmaßstab EBM abgerechnet.
- Die Ausschüttung des Honorars erfolgt zwei Quartale später.
Nichtvertragsärzt*innen werden 15 % Fuhrkostenbeteiligung abgezogen.
- Beispiel: Ende Quartal 1 -> Online-Abrechnung bei der KV Berlin
 Zahlung des Entgelts für Quartal 1 -> Ende Quartal 3

Standardmäßig abrechenbare Gebührenpositionen im ÄBD

GOP	Gültigkeit	Zeit	Hinweis
01212 nachfolgend zwingende Uhrzeiteingabe			Notfallpauschale II im organisierten Not(fall)dienst
01412 T	Tagesdienst werktags	07:00 Uhr bis 19:00 Uhr	Dringender Besuch II außer an gesetzlichen Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember
01413 T	Tagesdienst	07:00 Uhr bis 19:00 Uhr	Mitbesuch eines Patienten in der selben Wohnung oder Wohneinrichtung im gleichen Stockwerk
01413 N	Nachtdienst	19:00 Uhr bis 07:00 Uhr	Mitbesuch eines Patienten in der selben Wohnung oder Wohneinrichtung im gleichen Stockwerk
01418 T	Tagesdienst	07:00 Uhr bis 19:00 Uhr	Besuch im organisierten Not(fall)dienst samstags, sonntags, feiertags sowie auch am 24.12. und 31.12. abzurechnen
01418 N	Nachtdienst	19:00 Uhr bis 07:00 Uhr	Besuch im organisierten Not(fall)dienst samstags, sonntags, feiertags sowie auch am 24.12. und 31.12. abzurechnen

Zusätzliche Abrechnungspositionen ab 01.04.2017 (Schweregradzuschläge)

Die Schweregradzuschläge werden als Zuschläge zu den Notfallpauschalen GOP 01210 und GOP 01212 für Fälle mit erhöhtem Behandlungsaufwand gezahlt.

GOP 01223 (Zuschlag zu der GOP 01210, 128 Punkte, einmal im Behandlungsfall)

GOP 01224 (Zuschlag zu der GOP 01212, 195 Punkte, einmal im Behandlungsfall)

Dieser Schweregradzuschlag ist an fest definierte schwerwiegende Behandlungsdiagnosen geknüpft:

- Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal der Metacarpalia oder Metatarsalia
- Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70)
- Akute tiefe Beinvenenthrombose
- Hypertensive Krise
- Angina pectoris (ausgenommen: ICD I20.9)
- Pneumonie
- Akute Divertikulitis

Zusätzliche Abrechnungspositionen ab 01.04.2017

(Schweregradzuschläge)

GOP 01226 (Zuschlag zu der GOP 01212, 90 Punkte, einmal im Behandlungsfall)

Der zweite Schweregradzuschlag berücksichtigt den erhöhten Aufwand aufgrund eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit. Im Einzelnen ist der Zuschlag nach GOP 01226 bei nachfolgenden Patienten berechnungsfähig:

- Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern oder
- Patienten mit krankheitsbedingt erheblich komplexer Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art und/oder
- Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr mit geriatrischen Versorgungsbedarf und Frailty Syndrom und/oder
- Patienten mit einer der folgenden Erkrankungen:
 - F00-F02 dementielle Erkrankung
 - G30 Alzheimer Erkrankung
 - G20.1 Primäres Parkinson Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und
 - G20.2 Primäres Parkinson Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung

Zuschlag im fahrenden Hausbesuchsdienst (Wochentagesdienst 07:30 Uhr bis 18:00 Uhr)

Bei einer Schichtlänge von 10 Stunden je Dienst und einer angestrebten Frequenz von 2 Hausbesuchen je Stunde ergeben sich rechnerisch 20 Hausbesuche je Schicht. Kann die Zahl von 20 Besuchsleistungen nicht erreicht werden, wird das Honorar mit 45,00 € je fehlendem Hausbesuch bis zur Zielgröße aufgestockt. Hierbei ist zu beachten, dass die Behandlung von Privatpatient*innen auf die angeforderten Besuche angerechnet werden. Für Dienste, die kürzer als 10 Stunden wahrgenommen werden, wird die Berechnung entsprechend angepasst. Angefangene Stunden werden hierbei als volle Stunden gewertet. Bestehen bleibt der Abzug der derzeit gültigen Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 2,4 % auf die arztseitige Vergütung. Das Gleiche gilt für den Abzug der Fuhrkostenpauschale in Höhe von 15 % bei Nichtvertragsärzt:innen.

Sollten Sie im Hausbesuchsdienst am entsprechenden Tag weniger als 20 Hausbesuche durchgeführt haben, so verfahren Sie bitte wie folgt:

1. Bitte legen Sie in Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) einen Behandlungsausweis an.
(Scheinart: Ambulanter Schein, Scheinuntergruppe 00, Scheinkennzeichen A)
2. Ergänzen Sie den Kostenträger mit der Kassenummer 72990 (ÄBD-Tagesdienst KV Berlin).
3. Geben Sie bitte im Personalienfeld anstelle des Patientennamens Ihren Namen, Vornamen, Geburtsdatum und Anschrift ein.
4. Im Diagnosefeld ist stets die Eingabe der Diagnose ICD10 / Z00.0 einzutragen.
5. Ergänzen Sie das Tagesdatum und die Sondernummer 99300 sowie den entsprechenden Leistungsmultiplikator (Der Leistungsmultiplikator ergibt sich aus der Differenz zwischen den angestrebten 20 Besuchsleistungen und den tatsächlich durchgeführten Hausbesuchen).

Zuschlag im Nachtdienst des fahrenden Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (01.00 Uhr bis 06.00 Uhr)

Kann die Zahl von 8 Besuchsleistungen in den Stunden zwischen 01.00 Uhr und 06.00 Uhr nicht erreicht werden, wird das Honorar mit 90,00 € je fehlendem Hausbesuch bis zur Zielgröße aufgestockt. Hierbei ist zu beachten, dass die Behandlung von Privatpatient*innen auf die angeforderten Besuche angerechnet werden. Für Dienste, die kürzer als 6 Stunden wahrgenommen werden, wird die Berechnung entsprechend angepasst. Angefangene Stunden werden hierbei als volle Stunden gewertet. Diese Regelung gilt ausschließlich für die langen Nachtdienste. Bestehen bleibt der Abzug der derzeit gültigen Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 2,4 % auf die arztseitige Vergütung. Das Gleiche gilt für den Abzug der Fuhrkostenpauschale in Höhe von 15 % bei Nichtvertragsärzt:innen.

Sollten Sie im Ärztlichen Bereitschaftsdienst in der entsprechenden Nacht weniger als 10 Hausbesuche durchgeführt haben, so verfahren Sie bitte wie folgt:

1. Bitte legen Sie in Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) einen Behandlungsausweis an.
(Scheinart: Ambulanter Schein, Scheinuntergruppe 00, Scheinkennzeichen A).
2. Ergänzen Sie den Kostenträger mit der Kassenummer 72990 (ÄBD-Nachtdienst KV Berlin).
3. Geben Sie bitte im Personalienfeld anstelle des Patientennamens Ihren Namen, Vornamen, Geburtsdatum und Anschrift ein.
4. Im Diagnosefeld ist stets die Eingabe der Diagnose ICD10 / Z00.0 einzutragen.
5. Ergänzen Sie das Tagesdatum und die Sondernummer 99301 sowie den entsprechenden Leistungsmultiplikator (Der Leistungsmultiplikator ergibt sich aus der Differenz zwischen den angestrebten 10 Besuchsleistungen und den tatsächlich durchgeführten Hausbesuchen).

Anlage – Muster 5

Bitte die Kassennummer 72990 eingeben
Im Personalien Feld bitte die erforderlichen
Angaben machen mit PLZ

Kasse
Name, Vorname des Versicherten
Name, Vorname
PLZ plus Adresse
Geb. Datum
01.10.2021

Abrechnungsschein 05
 ambulante Behandlung belegärztliche Behandlung Unfall, Unfallfolgen
 Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie anerkannte Psychotherapie
Geschlecht: W M
Quartal: 4 21
Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen
ICD 10
Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbeschlusses
T T M M J J

Mutmaßlicher Tag der Entbindung
Stationäre belegärztliche Behandlung
von Tag Monat bis Tag Monat
Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.
Datum Unterschrift
Stempel des Vertragsarztes/Überprüfer
Muster 5 (10.2014)

MUSTER

Bitte die SNR 99300 mit ggf. Leistungsmulti und den ICD eingeben

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schiffsunfällen.

Elektronische Abrechnung auch bei Nichtvertragsärzt:innen

Nicht niedergelassene Ärzt:innen sind verpflichtet, ihre Abrechnung – analog zu den Vertragsärzten – in elektronischer Form bei der KV Berlin einzureichen.

Notwendig ist eine von der KBV zertifizierte Praxisverwaltungssoftware.

Eine Übersicht über die von ihr zertifizierten Anbieter bietet die KBV <https://www.kbv.de/html/7145.php>. Wer sich dafür keine zusätzliche Hardware aufstellen möchte, kann ab sofort auf die reine Softwarelösung FLEX Connect des ebenfalls KBV-zertifizierten Dienstleisters INCAS Medical Services zurückgreifen.

Liquidation

Für ärztliche Behandlung im Rahmen des
Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KV Berlin
bei

Diagnose:

berechne ich gemäß GOÄ vom 1.5.2001:

<input type="radio"/> Pos. 50, Hausbesuch, EUR 18,65	2,3fach	EUR 42,90
<input type="radio"/> Pos. E, Zuschlag für dringende Anforderung		EUR 9,33
<input type="radio"/> Pos. F, Zuschlag für 20-22/6-8 Uhr		EUR 15,16
<input type="radio"/> Pos. G, Zuschlag für 22-6 Uhr		EUR 26,23
<input type="radio"/> Pos. H, Zuschlag für Wochenende/Feiertage		EUR 19,82
<input type="radio"/> Pos. K2, Zuschlag bei Kindern bis zum 5. Lebensjahr		EUR 7,00
<input type="radio"/> Pos. 7, Untersuchung Organsystem, EUR 9,33	2,3fach	EUR 21,45
<input type="radio"/> Pos. 70, Bescheinigung, EUR 2,33	2,3fach	EUR 5,36
<input type="radio"/> Pos. 252, im-Injektion, EUR 2,33	2,3fach	EUR 5,36
<input type="radio"/> Pos. 253, iv-Injektion, EUR 4,08	2,3fach	EUR 9,38
<input type="radio"/> Pos. 800, neurolog. Untersuchung, EUR 11,37	2,3fach	EUR 26,14
<input type="radio"/> Pos. 804, therapeut. Gespräch, EUR 8,74	2,3fach	EUR 20,11
<input type="radio"/> Pos. 3514, Glukosebestimmung, EUR 4,08	1,3fach	EUR 5,30
<input type="radio"/> Fuhrkostenpauschale der KV Berlin statt Wegegeld		EUR 18,50

insgesamt:

EUR _____

- Betrag in bar erhalten
- Überweisung innerhalb 14 Tagen zugesagt auf Konto-Nr.

Kostenpauschale bei der Behandlung von Privatpatienten

1. Im fahrenden Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 29.11.2007 beschlossen, dass eine ÄBD-Kostenpauschale in Höhe von € **18,50** in Abzug gebracht wird. Diese Regelung trat ab dem 01.01.2008 in Kraft.

2. In den KV-eigenen Erste-Hilfe-Stellen und Kooperationskrankenhäusern

Bei Ärztinnen und Ärzten, die in den o.g. Einrichtungen Dienste verrichten, beträgt die Kostenpauschale € **13,00**.

Bis hierher:



Hinweis

Von **allen** neu am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV Berlin teilnehmenden **Ärzt:innen** werden folgende Unterlagen / Nachweise benötigt:

- Eintrag ins Arztregister der KV Berlin
- Abgeschlossener Qualitätssicherungskurs oder Teilnahme an Fortbildungen mit notdienstspezifischen Inhalten, insbesondere zur Reanimation (Nachweis alle 2 Jahre mit mindestens 10 Fortbildungspunkten)
- Teilnahme am Einführungskurs
- Teilnahme an einer Einweisungsfahrt (Empfehlung)
- Für angestellte Ärzt:innen: Einverständniserklärung des Arbeitgebers

Hinweis

Erforderliche Nachweise von **Vertragsärzt:innen**:

- Schriftliche Interessensbekundung zur Teilnahme am fahrenden ÄBD
- Erklärung über das Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung
- Für angestellte Ärzt:innen: Einverständniserklärung des Arbeitgebers
- Einwilligungserklärung zur Nutzung personenbezogener Daten

Hinweis

Erforderliche Nachweise von **Nichtvertragsärzt:innen**:

- Schriftlicher Antrag im Original
- Polizeiliches Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde
- Nachweis einer bestehenden Berufshaftpflichtversicherung, die die Teilnahme am ÄBD , den Umfang der erlaubten Dienste sowie die Gültigkeit des Vertrages abdeckt (Eine allgemeine Bestätigung über gelegentliche ärztliche Tätigkeit ist nicht ausreichend!)
- Einwilligungserklärung zur Nutzung personenbezogener Daten

Hinweis:

Für alle Ärzt:innen außerhalb der Fachgruppen: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Anästhesie:

- Teilnahme an Fortbildungen mit allgemeinmedizinischen / internistischen Inhalten nicht älter als zwei Jahre (Empfehlung: Notfallseminar der Heidelberger Medizinakademie oder Refresherkurs Allgemeinmedizin) – alternativ Nachweis von 30 Fortbildungspunkten mit Veranstaltungen zu allgemeinmedizinisch / internistisch / notfallmedizinischen Inhalten nicht älter als 2 Jahre

Hinweis

Alle erforderlichen Dokumente können Sie von der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin unter

<https://www.kvberlin.de/fuer-praxen/aerztlicher-bereitschaftsdienst/teilnahme-und-abrechnung>

downloaden.

Dienstplanungstool-BD-Online

Aktivierungsmail



Mo 18.03.2019 11:50

aebd@kvberlin.de

Aktivierungsmail MEDLINQ-BD-online

An Zschörner, Philipp

Sehr geehrte Frau Dr. Mustermann,

Sie haben die Aktivierung oder Änderung Ihres Accounts bei MEDLINQ-BD-online angefordert.

Folgen Sie bitte dem untenstehenden Link zur Aktivierung/Änderung Ihres Accounts:

<http://kvberlin-beta.medlinq.com/login/checkactivation?secret=8626ee5905c477c1286976b4a8bc64488043e32c1e69412e8b5f38f87b0d54bd5a77a74a3>

Ihr Benutzeraccount ist **muster.m**

Ihr Benutzeraccount ist gleichzeitig der Benutzername zum Anmelden.

Nach Klicken auf den Aktivierungslink: Eingeben der E-Mail Adresse und Vergabe des Passworts



Festlegung eines neuen Kennworts u. Aktivierung Ihres Zugangs

eMail-Adresse eingeben:

Ihr gewünschtes Kennwort:

Kennwort wiederholen:

Kennwort festlegen

Bitte die eMail-Adresse eingeben, die Sie im Arztregister der KV Berlin oder in der Fachabteilung ÄBD angegeben haben.

An diese Adresse haben Sie auch die Aktivierungsmail bekommen.

Kennwortrichtlinie:


(mindestens)

- 8 Zeichen
- Einen Großbuchstaben
- Eine Zahl
- Ein Sonderzeichen (!\$#*&%...)

Anmelden in BD-Online



Benutzername:

Kennwort: 

[Anmelden](#)

[Kennwort vergessen?](#) [Benutzername vergessen?](#)

Bitte geben Sie hier Ihren Benutzernamen und das von Ihnen vergebene Passwort ein.

Startseite nach dem Anmelden

Startseite

Meine Daten

Tauschbörse

Dokumente

Hilfe

Logout

Startseite

Freie Dienste

Dienst	Region	Beginn	Ende	Bereich	
Do	CN_N	City Nord (Fahrdienst)	08.10.2020, 19:30	09.10.2020, 06:30	Fahrdienst =>
Do	SO_N	Süd-Ost (Fahrdienst)	08.10.2020, 19:30	09.10.2020, 06:30	Fahrdienst =>
Fr	SW_T	Süd-West (Fahrdienst)	09.10.2020, 07:00	09.10.2020, 18:00	Fahrdienst =>
Fr	S_N	Süd (Fahrdienst)	09.10.2020, 19:30	10.10.2020, 06:30	Fahrdienst =>
Sa	N_T2	Nord (Fahrdienst)	10.10.2020, 09:00	10.10.2020, 17:00	Fahrdienst =>
Sa	SW_N	Süd-West (Fahrdienst)	10.10.2020, 19:30	11.10.2020, 06:30	Fahrdienst =>
So	N_N	Nord (Fahrdienst)	11.10.2020, 19:30	12.10.2020, 06:30	Fahrdienst =>
So	O_N	Ost (Fahrdienst)	11.10.2020, 19:30	12.10.2020, 06:30	Fahrdienst =>
So	CS_N	City Süd (Fahrdienst)	11.10.2020, 19:30	12.10.2020, 06:30	Fahrdienst =>
Mo	O_T	Ost (Fahrdienst)	12.10.2020, 07:00	12.10.2020, 18:00	Fahrdienst =>

Wichtige Nachricht an Sie

Datenschutzhinweis:

Mit der Eintragung der Kommunikationsdaten zu Ihrer Person erklären Sie sich einverstanden, dass diese zum Zwecke der Bereitschaftsdienstplanung und -Abwicklung verarbeitet und genutzt werden. Die Einwilligung kann jederzeit durch Löschung der Daten widerrufen werden.

Erreichbarkeit des ÄBD Büro

Das Büro des ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV Berlin ist wie folgt erreichbar:

E-Mail: aebd@kvberlin.de
Tel.: +49 (0)30 / 31003 - 267/268

Sprechzeiten:
montags bis donnerstags: 08:30 bis 12:00 Uhr und 14:00 bis 16:00 Uhr
freitags: 08:30 bis 14:00 Uhr

Startseite nach dem Anmelden

Startseite

Meine Daten

Tauschbörse

Dokumente

Hilfe

Logout

Freie Dienste

Dienst	Region	Beginn	Ende	Bereich	
Do	CN_N	City Nord (Fahrdienst)	08.10.2020, 19:30	09.10.2020, 06:30	Fahrdienst =>
Do	SO_N	Süd-Ost (Fahrdienst)	08.10.2020, 19:30	09.10.2020, 06:30	Fahrdienst =>
Fr	SW_T	Süd-West (Fahrdienst)	09.10.2020, 07:00	09.10.2020, 18:00	Fahrdienst =>
Fr	S_N	Süd (Fahrdienst)	09.10.2020, 19:30	10.10.2020, 06:30	Fahrdienst =>
Sa	N_T2	Nord (Fahrdienst)	10.10.2020, 09:00	10.10.2020, 17:00	Fahrdienst =>
Sa	SW_N	Süd-West (Fahrdienst)	10.10.2020, 19:30	11.10.2020, 06:30	Fahrdienst =>
So	N_N	Nord (Fahrdienst)	11.10.2020, 19:30	12.10.2020, 06:30	Fahrdienst =>
So	O_N	Ost (Fahrdienst)	11.10.2020, 19:30	12.10.2020, 06:30	Fahrdienst =>
So	CS_N	City Süd (Fahrdienst)	11.10.2020, 19:30	12.10.2020, 06:30	Fahrdienst =>
Mo	O_T	Ost (Fahrdienst)	12.10.2020, 07:00	12.10.2020, 18:00	Fahrdienst =>

Wichtige Nachricht an Sie

Datenschutzhinweis:

Mit der Eintragung der Kommunikationsdaten zu Ihrer Person erklären Sie sich einverstanden, dass diese zum Zwecke der Bereitschaftsdienstplanung und -Abwicklung verarbeitet und genutzt werden. Die Einwilligung kann jederzeit durch Löschung der Daten widerrufen werden.

Hier können Sie sich für freie Dienste bewerben.

E-Mail: aebd@kvberlin.de
Tel.: +49 (0)30 / 31003 - 267/268

Sprechzeiten:
montags bis donnerstags: 08:30 bis 12:00 Uhr und 14:00 bis 16:00 Uhr
freitags: 08:30 bis 14:00 Uhr

Ihre Daten

Meine Daten

- Startseite
- Meine Daten
- Tauschbörse
- Dokumente
- Hilfe
- Logout

Stammdaten ?Urlaub und Wünsche ?Dienste ?Kommunikation ?Jahresübersicht ?

Vorname	1	Nachname	Test
Anrede		Briefanrede	-
Titel		Geburtsdatum	-
Benutzerrolle	Benutzer		
Straße, Hausnummer	Masurenallee 6a		
PLZ/Ort	14057 Berlin		

Telefon (geschäftlich)

Telefon (privat)

E-Mail-Adresse

Mobil

Telefax

Programmzugang und -Kennwort

Benutzername

Kennwort

Dienstplanversand per E-Mail Post

Allgemeine Nachrichten E-Mail Keine

Weitere Einstellungen für die Kommunikation finden Sie auf dem Reiter "Kommunikation"

Änderungen speichern

Ihre Daten – Abgabe von Dienstwünschen: Urlaub und Wünsche

Hier können Sie Ihre Verfügbarkeiten bzw. Dienstwünsche und die maximal gewünschten Dienste eingeben.

Meine Daten

Startseite
Meine Daten
Tauschbörse
Dokumente
Hilfe
Logout

Stammdaten ? Urlaub und Wünsche ? Dienste ? Kommunikation ? Jahresübersicht ?

Abwesenheit und Urlaube nur zukünftige

Datum	Bereich
<input type="text"/> - <input type="text"/>	

Ihnen stehen noch 90 Urlaubs-/Abwesenheitstage für 2020 zur Verfügung.

Wunschkostenzahl pro Dienstplan nur zukünftige

Dienstplan	Gewünschte Dienste
2020 November (01.11.2020-30.11.2020) [Fahrdienst]	8 <input type="button" value="🗑️"/>
Schulung (24.08.2020-11.10.2020) [Fahrdienst]	4

Dienstplan

gewünschte Anzahl Dienste

Dienstbefreiungen nur zukünftige

Von	Bis
-----	-----

Fixe Wünsche nur zukünftige

Region	Tag	Schicht	Datum	Bereich	Erfüllt
<input type="text" value="Bereich"/>	<input type="text" value="Region"/>	<input type="text" value="Datum"/>	<input type="text" value="Schicht"/>		
<input type="button" value="Fahrdienst"/>	<input type="button" value="City Nord (Fahrd)"/>	<input type="text"/>	-	<input type="button" value="Speichern"/>	

Dienstwünsche eintragen

Fixe Wünsche nur zukünftige

Region	Tag	Schicht	Datum	Bereich	Erfüllt

Bereich **Region** **Datum** **Schicht**

Schicht Dropdown:
beliebige Schicht
Nacht kurz
Spät
Tagesdienst

↑ Wählen Sie den gewünschten Bereich.

↑ Wählen Sie die gewünschte Region.

↑ Wählen Sie das gewünschte Datum.

← Die verfügbaren Schichten werden Ihnen vorgeschlagen

Eingabe der maximal gewünschten Dienste

Wunschdienstzahl pro Dienstplan nur zukünftige

Dienstplan	Gewünschte Dienste
Dienstplan	Schulung: 24.08.2020-11.10.2020 ▼
gewünschte Anzahl Dienste	<input type="text"/>
<input type="button" value="Speichern"/>	

Wählen Sie zuerst den Dienstplan aus.
Anschließend geben Sie die Anzahl der maximal gewünschten Dienste ein.
Bestätigen Sie mit „Speichern“

Die Dienstübersicht

Meine Daten

Startseite
Meine Daten
Tauschbörse
Dokumente
Hilfe
Logout

Stammdaten ? Urlaub und Wünsche ? Dienste ? Kommunikation ? Jahresübersicht ?

Aktuelle Alle Offene Angebote Historie

Drucken Dienste als ics-Datei herunterladen Dienste für Angebote sperren Angebotssperren aufheben

	Beginn	Ende	Dienst	Dienstplan	Bereich	Block	Status	
sa	10.10.2020, 07:00	10.10.2020, 18:00	CN Tag	Schulung	Fahrdienst	-	Geplanter Dienst	=>
So	11.10.2020, 19:30	12.10.2020, 06:30	CN Nacht	Schulung	Fahrdienst	-	Geplanter Dienst	=>

Hier finden Sie alle Dienste, die Sie in den Vorquartalen geleistet haben

Hier finden Sie die Dienste des aktuellen Dienstplans, sowie offene Angebote des aktuellen Dienstplans.

Die Tauschbörse - Tabellenansicht

Tabellenkalender

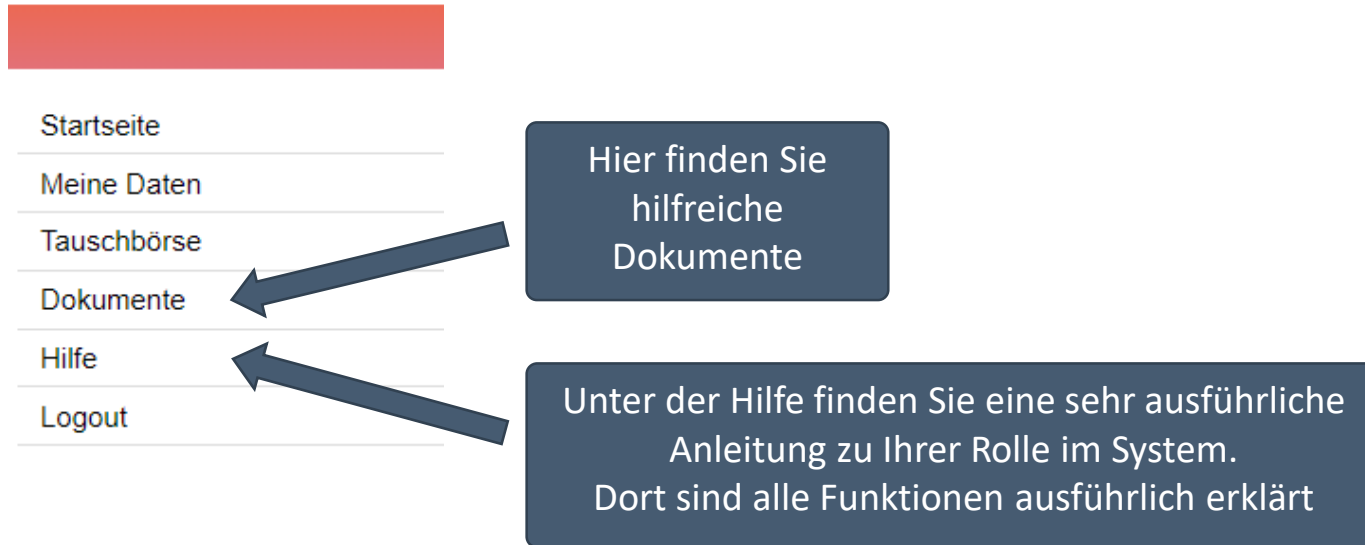
Heute | Dienste sperren < Oktober 2020 >

Gehe zu Datum: 01.10.2020 Zeige nur Dienste von: alle Ärzte Anzeigen nach: Region

	City Nord (Fahrdienst) <	Süd-West (Fahrdienst) <	Süd-Ost (Fahrdienst) <	West (Fahrdienst) <
01.10.2020, Do				
02.10.2020, Fr				
03.10.2020, Sa				
04.10.2020, So				
05.10.2020, Mo				

In der Tabelle finden Sie den Dienstplan nach Regionen geordnet und nach dem Datum sortiert.

Dokumente und Online-Hilfe





KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN

Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-0
E-Mail: kvbe@kvberlin.de
www.kvberlin.de