KV BERLIN
Besser. Gemeinsam. Wirken.

ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST

Einführungskurs

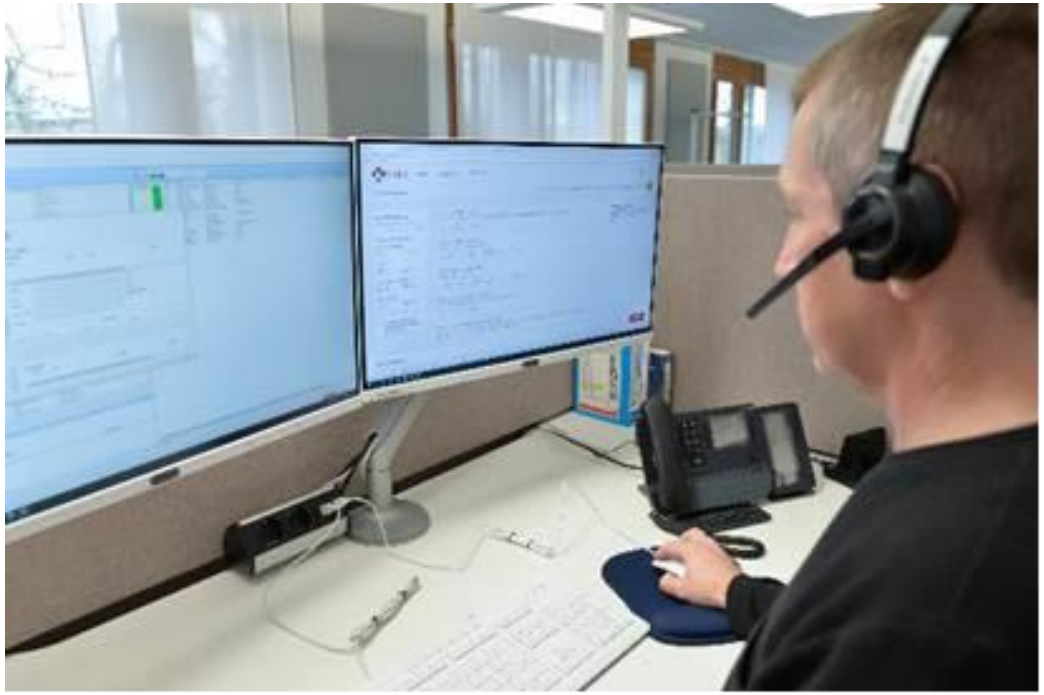
für neu am Ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmende Ärztinnen und Ärzte

am 25.03.2025

25.03.2025 ○ Ersteller: H. Müller / Th. Wille / J. Warbein
Vortragender: Tansel Aksü

Es besteht ein striktes Rauchverbot im Einsatzwagen

Leitstelle des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes

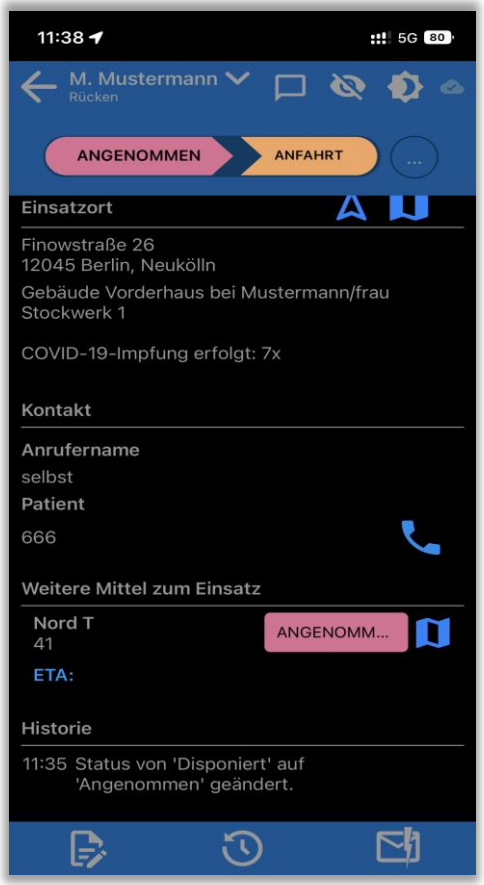


Fotos: Christof Rieken

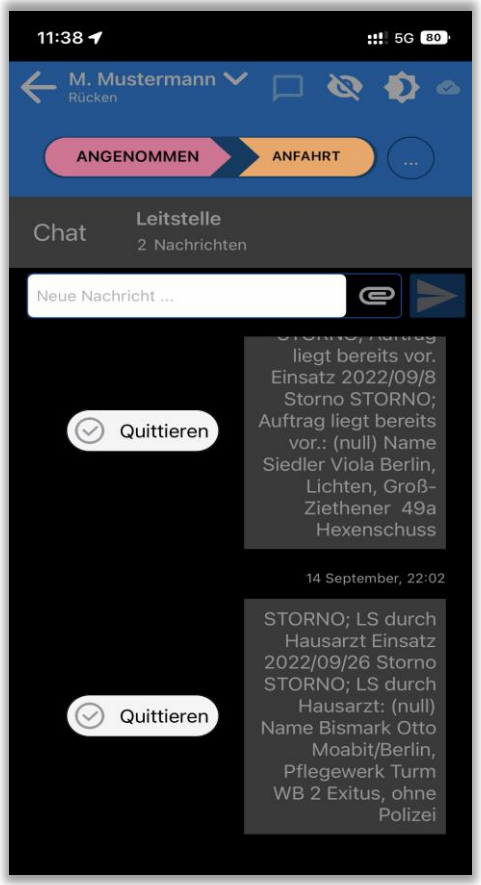
ELS 3 App im Fahrzeug

Einsatzübermittlung

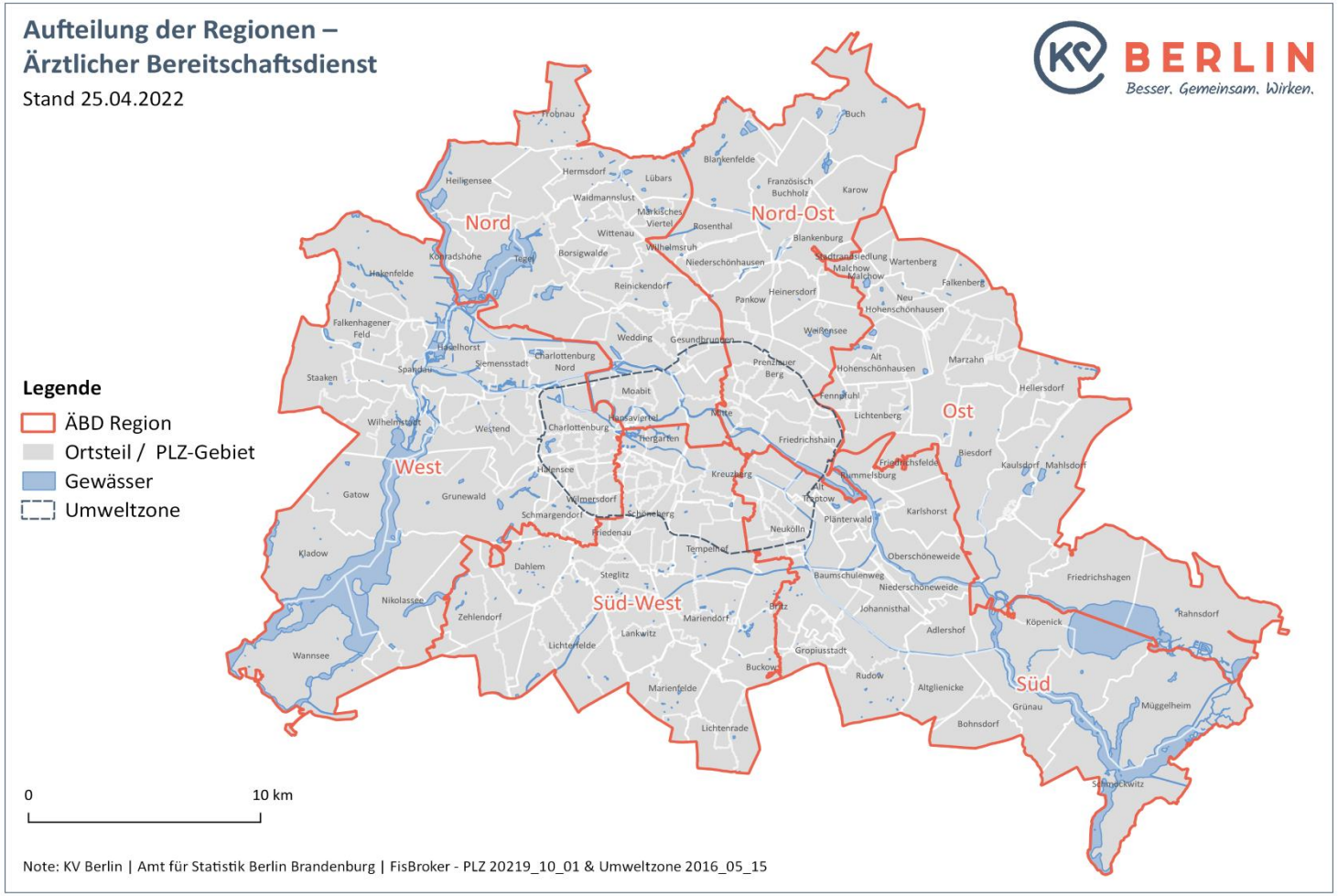
Einsatzannahme



Einsatzbearbeitung



Regionsaufteilung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst



Note: KV Berlin | Amt für Statistik Berlin Brandenburg | FisBroker - PLZ 20219_10_01 & Umweltzone 2016_05_15

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

KOFFER Nr.

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

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

Datum: .... **CK - Wagen - Nr.:** .....

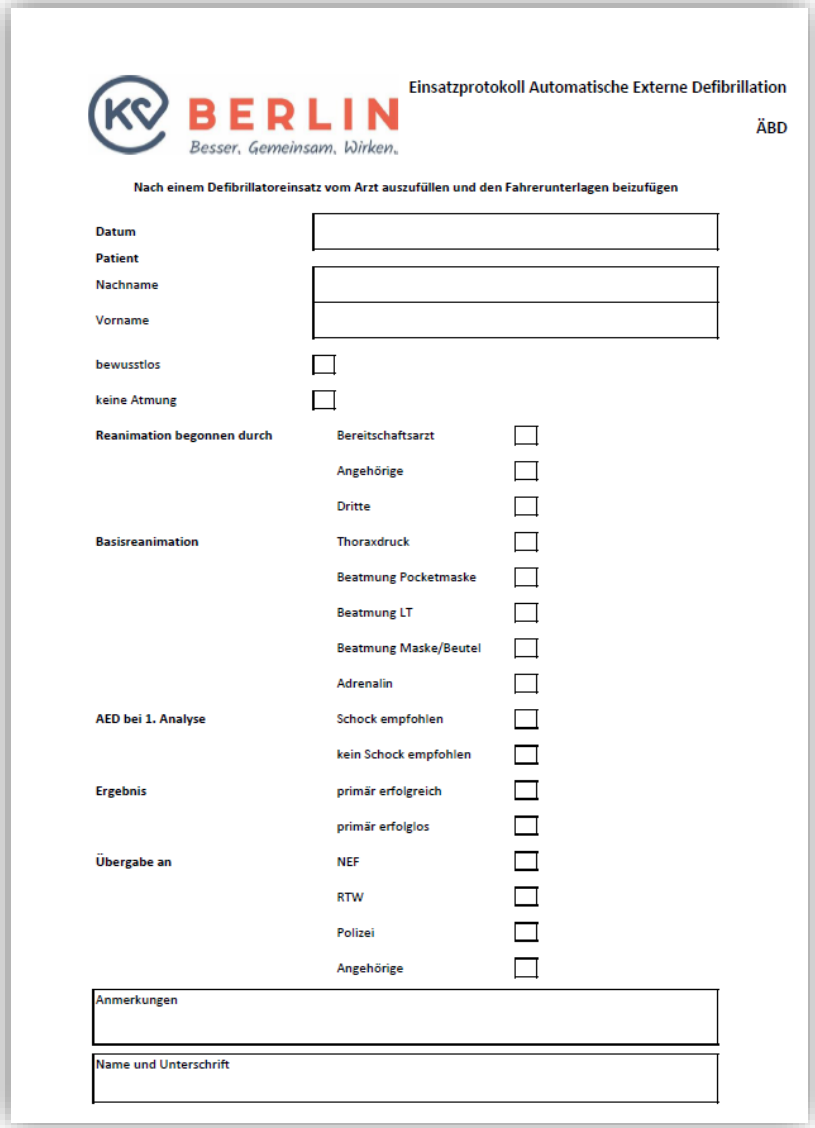
Name des Arztes: ....
Unterschrift des Arztes

Name des Fahrers: ....
Unterschrift des Fahrers

Koffer wurde aufgefüllt und verplombt.

Unterschrift und Datum .....

Philips HeartStart



BERLIN
Besser. Gemeinsam. Wirken.

Einsatzprotokoll Automatische Externe Defibrillation

ÄBD

Nach einem Defibrillatoreinsatz vom Arzt auszufüllen und den Fahrerunterlagen beizufügen

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

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

Behandlung und Dokumentation

AOK | LKK | BKK | IKK | VdAK | AEV | Knappschaft

M | F | R

Versichertengruppe kennzeichnen

Sonderabrechnungsschein für zentralen Bereitschaftsdienst

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Wohnung des Patienten

Besuchsanschrift (wenn abweichend)

Tagesbesuch

_____ Uhr

Nachtbesuch

bestellt _____ Uhr

ausgeführt _____ Uhr

EBM-Leistungen

Krankenkassen-Nr.

Lfd. Nr.

ICD-10

ICD-10

ICD-10

ICD-10

Anamnese / Vormedikation

Temperatur:

Vitalparameter:

klinischer Befund

Diagnose

Therapie / Medikation

allgemeine Empfehlung

Wichtiger Hinweis für Patienten

Wiedervorstellung bei Verschlechterung ☐

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 ☐

Datum, Stempel und Unterschrift des Bereitschaftsdienstarztes

Stempel bitte auch auf Teil c! 511-20 a

KK | BKK | IKK | VdAK | AEV | Knappschaft

M | F | R

Versichertengruppe kennzeichnen

Bereitschaftsdienstprotokoll für den vertretenden Arzt

des Versicherten

geb. am

Versicherten-Nr. | Status

Nr. | Arzt-Nr. | Datum

atienten

ft (wenn abweichend)

Tagesbesuch

_____ Uhr

Nachtbesuch

bestellt _____ Uhr

ausgeführt _____ Uhr

EBM-Leistungen

Krankenkassen-Nr.

Lfd. Nr.

ICD-10

ICD-10

ICD-10

ICD-10

/ Vormedikation

Temperatur:

Vitalparameter:

Befund

Medikation

Empfehlung

r Hinweis für Patienten

rstellung bei Verschlechterung ☐

limmerung oder ausbleibender Besserung wird die Wiedervorstellung beim Hausarzt, dem ärztlichen Bereit-
st (Tel.: 310031) oder in der Erste-Hilfe-Stelle dringend empfohlen! In einer akut lebensbedrohlichen Situation
itte unter der Telefonnummer 112 den Rettungsdienst der Berliner Feuerwehr an.

ssichtlich bis _____ bescheinigt

l, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit ☐

nfall, sonstige Unfallfolgen ☐

sleiden ☐

Datum, Stempel und Unterschrift des Bereitschaftsdienstarztes

511-20 b

VdAK | AEV | Knappschaft

M | F | R

Versichertengruppe kennzeichnen

Mitteilung für weiterbehandelnden Arzt

geb. am

Status

Datum

Tagesbesuch

_____ Uhr

Nachtbesuch

bestellt _____ Uhr

ausgeführt _____ Uhr

EBM-Leistungen

Krankenkassen-Nr.

Lfd. Nr.

ICD-10

ICD-10

ICD-10

ICD-10

Temperatur:

Vitalparameter:

Patienten

erschlechterung ☐

ausbleibender Besserung wird die Wiedervorstellung beim Hausarzt, dem ärztlichen Bereit-
oder in der Erste-Hilfe-Stelle dringend empfohlen! In einer akut lebensbedrohlichen Situation
onnummer 112 den Rettungsdienst der Berliner Feuerwehr an.

_____ bescheinigt

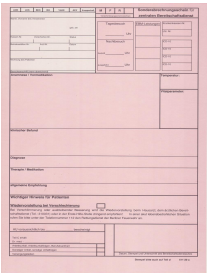
Berufskrankheit ☐

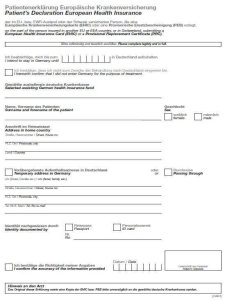
gen ☐

Datum, Stempel und Unterschrift des Bereitschaftsdienstarztes

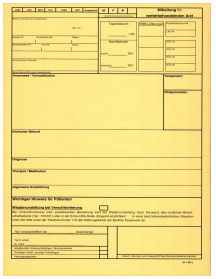
511-20 c

Behandlungsablauf





Behandlung von im EU-Ausland versicherten Personen
Muster 80/81

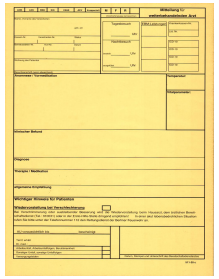


Einweisung / Schnelle Hilfe in einer Notaufnahme

Möglichkeiten der Einweisung von Patienten

KTW

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



RTW / NEF

- **RTW**: **31 003 – 718** (in der Wohnung der Patienten)
- **Nur im Notfall**: **313 02 84** (z. B. NEF / Reanimationsbedarf)

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)

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

oder *or* ☐ **Durchreise**
Passing through

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

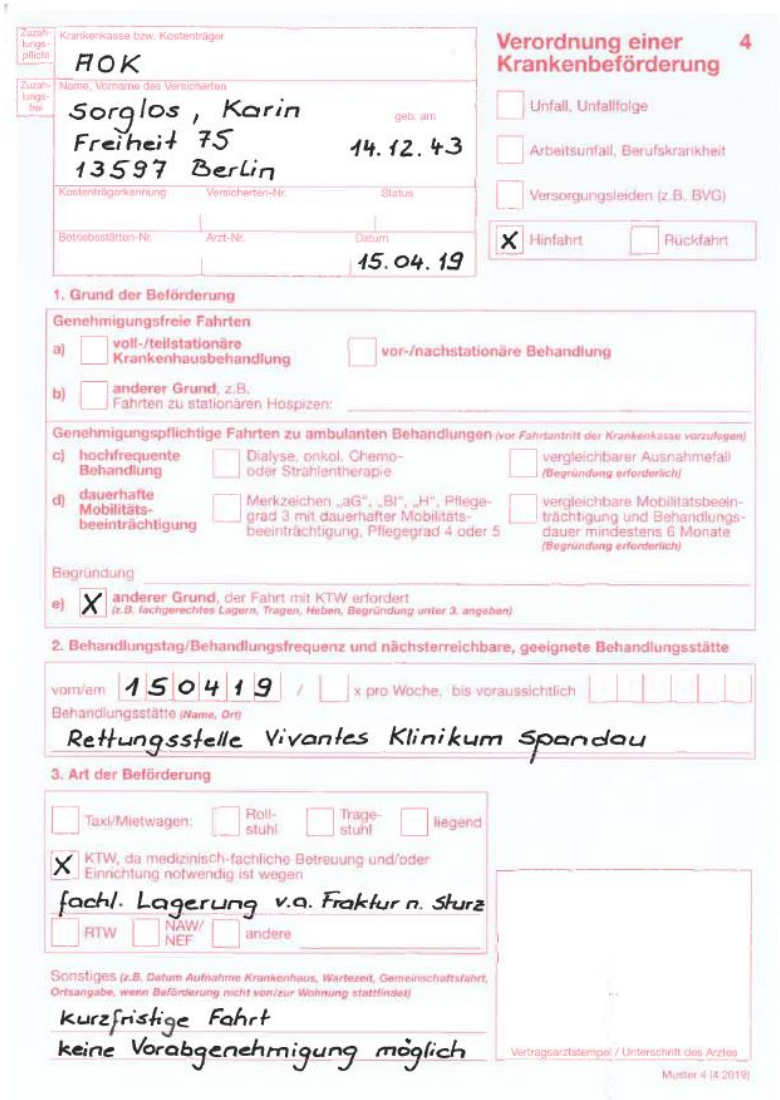
Datum / *Date* ☐☐☐☐☐☐☐☐

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..



Zuzahlungspflicht / Zuzahlungsfrei

Krankenkasse bzw. Kostenträger: AOK

Name, Vorname des Versicherten: Sorglos, Karin
Freiheit 75
13597 Berlin
geb. am 14.12.43

Kostenträgerkennung / Versicherten-Nr. / Status

Betriebsstätten-Nr. / Arzt-Nr. / Datum: 15.04.19

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

- [ ] Unfall, Unfallfolge
- [ ] Arbeitsunfall, Berufskrankheit
- [ ] Versorgungsleiden (z.B. BVG)
- [x] Hinfahrt
- [ ] 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) [x] 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): Rettungsstelle Vivantes Klinikum Spandau

3. Art der Beförderung

- [ ] Taxi/Mietwagen: [ ] Rollstuhl [ ] Tragestuhl [ ] liegend
- [x] 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/zur Wohnung stattfindet): kurzfristige Fahrt
keine Vorabgenehmigung möglich

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (4.2019)

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

Gebühr frei / Geb.-pfl. / noctu / Sonstige / Unfall / Arbeitsunfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger: AOK

Name, Vorname des Versicherten: Nachname, Vorname
01.01.23 geb. am

Kostenträgerkennung: 109510001 | Versicherten-Nr.: X 123 456 789 | Status

Betriebsstätten-Nr.: 722009800 | Arzt-Nr.: 779255003 | Datum: 01.02.23

BVG: 6 | Hilfsmittel: 7 | Impfstoff: 8 | Spr.-St. Bedarf: 9 | Begr.-Pflicht | Apotheken-Nummer / IK

Zuzahlung | Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | Faktor | Taxe

1. Verordnung
2. Verordnung
3. Verordnung

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut idem / aut idem / aut idem

Tansel Aksü
Uwe Seeberger
Fachärzte für Innere Medizin
- Hausärztliche Versorgung -
Bundesallee 185, 10717 Berlin
Tel. 030/218 46 44
72 20098

- im Bereitschaftsdienst verordnet -

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes

Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

7220098004

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.

Krankenkasse bzw. Kostenträger
AOK
Name, Vorname des Versicherten
Nachname, Vorname
01.01.23
geb. am
Kostenträgerkennung
109510001
Versicherten-Nr.
X 123 456 789
Status
Betriebsstätten-Nr.
722009800
Arzt-Nr.
779255003
Datum
01.02.23
BVG 6 | Hilfsmittel 7 | Impfstoff 8 | Spr.-St. Bedarf 9 | Begr.-Pflicht | Apotheken-Nummer / IK
Zuzahlung
Gesamt-Brutto
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.
Faktor
Taxe
1. Verordnung
2. Verordnung
3. Verordnung
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)
Vertragsarztstempel
Tansel Aksu
Uwe Seeberger
Fachärzte für Innere Medizin
- Hausärztliche Versorgung -
Bundesallee 185, 10717 Berlin
Tel. 030/213 46 44
- im Bereitschaftsdienst verordnet -
72 20098
Unterschrift des Arztes
Muster-16 (10.2014)
6666
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!
Abgabedatum in der Apotheke
Unfalltag
Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer
722009800Y

(siehe Arzneimittelverschreibungsverordnung)

Rezepte im ÄBD

Vordruckvereinbarung zu Muster 16 (Arzneiverordnungsblatt)

Krankenkasse bzw. Kostenträger
AOK
Name, Vorname des Versicherten
Nachname, Vorname
01.01.23
geb. am
Kostenträgerkennung 109510001
Versicherten-Nr. X 123 456 789
Status
Betriebsstätten-Nr. 722009800
Arzt-Nr. 779255003
Datum 01.02.23
BVG 6 | Hilfsmittel 7 | Impfstoff 8 | Spr.-St. Bedarf 9 | Begr.-Pflicht | Apotheken-Nummer / IK
Zuzahlung
Gesamt-Brutto
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | Faktor | Taxe
1. Verordnung
2. Verordnung
3. Verordnung
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)
Vertragsarztstempel
Tanzel Akso
Uwe Seeberger
Fachärzte für Innere Medizin
- Hausärztliche Versorgung -
Bundesallee 185, 10717 Berlin
- im Bereitschaftsdienst verordnet -
72 20098
Tel. 030/218 46 44
Unterschrift des Arztes
Muster-16 (10.2014)
Abgabedatum in der Apotheke
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!
Unfalltag
Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer
7220098004

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.

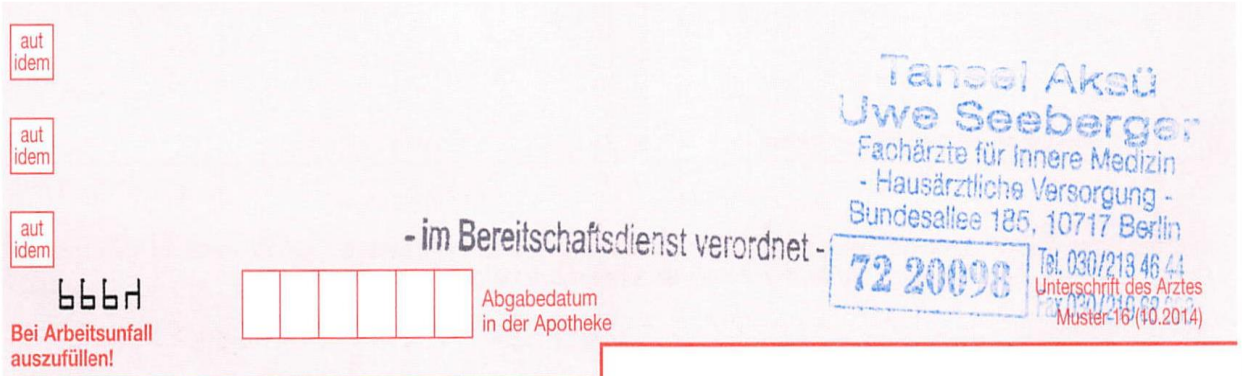
Rezepte im ÄBD

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)

Ablehnung einer Behandlung

Patient orientiert

- Dokumentation
- Ggfls. Unterschrift

Patient desorientiert

- Gesetzl. Betreuer / Vormund ?
- Angehörige ..?

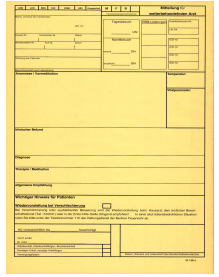
→ Unterbringung psychisch kranker Personen

(Zwangseinweisung)
nach PsychKG
§ 26, Abs. 2

Geschäftsanweisung PPr Stab
Nr.: 5 / 2007

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

RTW: **31 003 – 718**
(in der Wohnung
der Patienten)



Dokumentation der Besuchsanforderungen

Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Besuchsanforderung

Wagen-Nr. _____

Abfahrt zum Arzt: _____ Uhr Ankunft beim Arzt: _____ Uhr Fahrer: _____

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

Arzt: Dr.

Anschrift:

Beginn des Fahrdienstes: Pause von bis

Endes des Fahrdienstes: Datum:

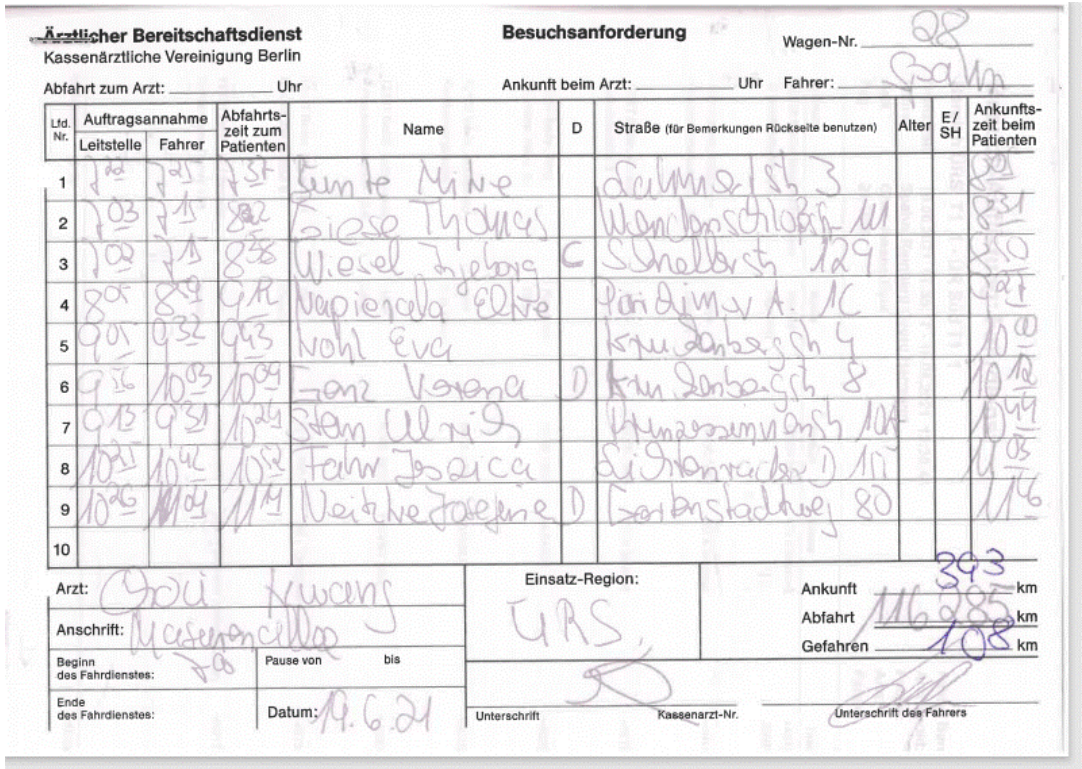
Einsatz-Bezirk:

Ankunft _____ km
Abfahrt _____ km
Gefahren _____ km

Unterschrift Kassenarzt-Nr. Unterschrift des Fahrers

esuchsanforderung
Wagen-Nr. _____
nkunft beim Arzt: _____ Uhr Fahrer: _____
D Straße (für Bemerkungen Rückseite benutzen) Alter E/SH Ankunfts-zeit beim Patienten
Einsatz-Bezirk:
Ankunft _____ km
Abfahrt _____ km
Gefahren _____ km
chrift Kassenarzt-Nr. Unterschrift des Fahrers

Dokumentation der Besuchsanforderungen



Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Besuchsanforderung

Wagen-Nr. 28

Abfahrt zum Arzt: _____ Uhr

Ankunft beim Arzt: _____ Uhr Fahrer: _____

Lfd. Nr.	Auftragsannahme Leitstelle	Auftragsannahme Fahrer	Abfahrtszeit zum Patienten	Name	D	Straße (für Bemerkungen Rückseite benutzen)	Alter	E/SH	Ankunftszeit beim Patienten
1	7 22	7 25	7 37	Gunte Mike		Schule/Str 3			8 01
2	7 03	7 15	8 22	Giese Thomas		Wenckebachstraße 111			8 31
3	7 09	7 15	8 38	Wiesel Ingeborg	C	Schellbrsch 129			8 50
4	8 01	8 19	9 12	Napierolla Elke		Pariser Str. 1C			9 27
5	9 01	9 32	9 43	Wohl Eva		Kreuzberger Str 4			10 00
6	9 16	10 03	10 09	Lanz Verena	D	Kreuzberger Str 8			10 12
7	9 13	9 31	10 24	Stein Ulrich		Hunzessinnenstr 104			10 44
8	10 21	10 42	10 52	Fahr Jessica		Lichtenrader D 111			11 05
9	10 26	11 04	11 14	Neitzke Josefine	D	Gartenstadtweg 80			11 16
10									

Arzt: Gui Kwang

Anschrift: Maserencilla 70

Beginn des Fahrdienstes: Pause von bis

Ende des Fahrdienstes: Datum: 19.6.21

Einsatz-Region: UAS

Ankunft 393 km

Abfahrt 116 285 km

Gefahren 108 km

Unterschrift Kassenarzt-Nr. Unterschrift des Fahrers

- Dokumentation erfolgt durch den Fahrer
- Eigenmeldung nicht vergessen
- Am Ende des Dienstes Anzahl der Patienten kontrollieren

Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Besuchsanforderung

Wagen-Nr. 03

Abfahrt zum Arzt: _____ Uhr

Ankunft beim Arzt: _____ Uhr

Fahrer: Name des Fahrers

Lfd. Nr.	Auftragsannahme Leitstelle	Auftragsannahme Fahrer	Abfahrtszeit zum Patienten	Name	D	Straße (für Bemerkungen Rückseite benutzen)	Alter	E/SH	Ankunftszeit beim Patienten
1	17 05	17 33	17 50	Henkel, Vera			80		18 02
2	17 49	18 03	18 14	Frank, Ricardo			28		18 20
3	16 58	17 34	18 31	Sbrzesscly, Horst			68		19 10
4	18 54	19 15	19 24	Stegmann, Manfred +1			85	SH	19 46
5	18 54	19 14	20 11	Schittelkop, Eva			34		20 22
6	19 50	20 26	20 38	Nowotzki, Else			98		20 50
7	21 08	21 12	21 12	Aksoy ♀			27		21 18
8									
9									
10									

Arzt: Name des diensthabenden Arztes

Anschrift:

Beginn des Fahrdienstes: 17 30

Pause von bis

Ende des Fahrdienstes: 22 00

Datum: 8.8.05

Einsatz-Region: Nord

Ankunft _____ km

Abfahrt 122072 km

Gefahren _____ km

Unterschrift

Kassenarzt-Nr.

Unterschrift des Fahrers

Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Besuchsanforderung

Wagen-Nr. 28

Abfahrt zum Arzt: _____ Uhr

Ankunft beim Arzt: _____ Uhr

Fahrer: [redacted]

Lfd. Nr.	Auftragsannahme Leitstelle	Auftragsannahme Fahrer	Abfahrtszeit zum Patienten	Name	D	Straße (für Bemerkungen Rückseite benutzen)	Alter	E/SH	Ankunftszeit beim Patienten
1	7 22	7 25	7 37	Bunte Mitre		[redacted]			8 01
2	7 03	7 15	8 22	Giese Thomas		[redacted]			8 31
3	7 02	7 15	8 38	Wiesel Ingeborg	C	[redacted]			8 50
4	8 05	8 19	9 12	Napierala Eltre		[redacted]			9 27
5	9 05	9 32	9 43	Wohl Eva		[redacted]			10 00
6	9 56	10 03	10 09	Genz Verena	D	[redacted]			10 12
7	9 13	9 31	10 24	Stein Ulrich		[redacted]			10 44
8	10 25	10 42	10 52	Fahr Jessica		[redacted]			11 03
9	10 26	11 04	11 14	Neitzke Josefine	D	[redacted]			11 16
10									

Arzt: [redacted]

Anschrift: Masurencillee

Beginn des Fahrdienstes: 7 00

Pause von bis

Ende des Fahrdienstes:

Datum: 19.6.21

Einsatz-Region: URS

Ankunft 393 km

Abfahrt 116285 km

Gefahren 108 km

Unterschrift

Kassenarzt-Nr.

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, <u>fehlende Aufträge können nach Beendigung des Dienstes nicht nacherfasst werden und sind nicht abrechnungsfähig</u>!)

- **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)

Dokumentation auf dem Sonderabrechnungsschein

Sie werden gebeten, den Sonderabrechnungsschein vollständig und leserlich auszufüllen.

Sonderabrechnungsschein für zentralen Bereitschaftsdienst

AOK | LKK | BKK | IKK | VdAK | AEV | Knappschaft

Deutsche BKK

M | F | R — Versichertengruppe kennzeichnen

Name, Vorname des Versicherten: Hans-Jürgen — geb. am: 18.08.37

Kassen-Nr.: 9939 003 — Versicherten-Nr. — Status: 51

Betriebsstätten-Nr. — Arzt-Nr. — Datum: 02.02.12

Wohnung des Patienten: 12679 — 6

Besuchsanschrift (wenn abweichend)

Tagesbesuch: Uhr

Nachtbesuch: bestellt Uhr — ausgeführt Uhr

EBM-Leistungen: 01210, 01211, 01411N, 40230, 30032

Krankenkassen-Nr. — Lfd. Nr.

ICD-10: K52.0

Anamnese / Vormedikation: Pos Rezidiv

Temperatur:

Vitalparameter:

klinischer Befund: Abd weich

Diagnose: Gastroenteritis

Therapie / Medikation: 3 Tropfen — Buscopan e Relaf

allgemeine Empfehlung

Wichtiger Hinweis für Patienten

Wiedervorstellung bei Verschlechterung

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

Datum, Stempel und Unterschrift des Bereitschaftsdienstarztes

Stempel bitte auch auf Teil c! 511-20 a

Sonderabrechnungsschein für zentralen Bereitschaftsdienst

AOK | LKK | BKK | IKK | VdAK | AEV | Knappschaft

M | F | R — Versichertengruppe kennzeichnen

Name, Vorname des Versicherten: Karine Sorglos — geb. am: 14.12.43

Kassen-Nr. — Versicherten-Nr. — Status

Betriebsstätten-Nr. — Arzt-Nr. — Datum

Wohnung des Patienten: Freiheit 75 — V2

Besuchsanschrift (wenn abweichend)

Tagesbesuch: 11^40 Uhr

Nachtbesuch: bestellt Uhr — ausgeführt Uhr

EBM-Leistungen: 01210, 01211, 01411T, 40224

Krankenkassen-Nr. — Lfd. Nr.

ICD-10: R10.4V

Anamnese / Vormedikation: Seit gestern krampfartige abdominelle Beschwerden, gelegentlich erbrochen, Stuhl unauffällig! insulinpflichtiger Diab. mell VT, allergieunter Patientin

Temperatur: 78

Vitalparameter: 82, 220 mg/dl, 140/80, HF 92

klinischer Befund: Abdomen weich, DS im Epigastrium, peristaltik regelrecht, CAF keine neurologischen, arrhythmisch, Pulmo VA

Diagnose: akut. Abdomen

Therapie / Medikation: 1 Amp. Novaminsulfon i.V, 1 Amp. Buscopan i.V

allgemeine Empfehlung: wenn keine Besserung, ggf. Vorstellung in Klinikaufnahmestelle

Wichtiger Hinweis für Patienten

Wiedervorstellung bei Verschlechterung

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

10.02.12

Dr. med. Elisabeth Martin
Stefanie Grellinger
Facharztpraxis für Innere Medizin
Hausärztliche Grundversorgung
Senftenberger Ring 5 a, 13439 Berlin
72 836301 Telefon: 414 02 00

Datum, Stempel und Unterschrift des Bereitschaftsdienstarztes

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

- 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

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

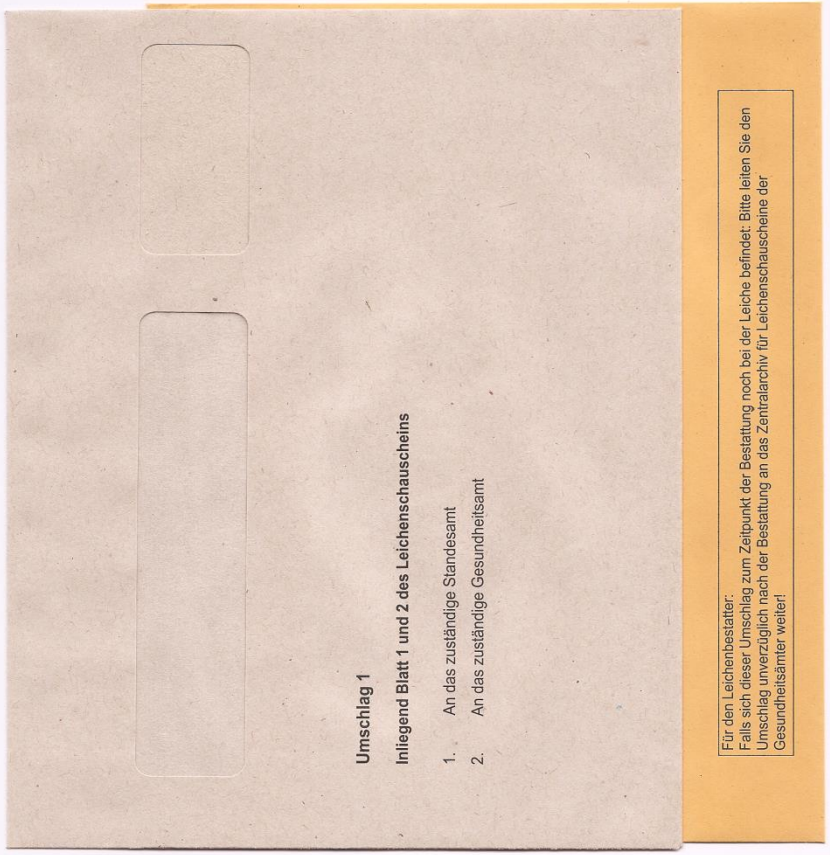
Leichenschauschein

für Berlin

Inhalt:

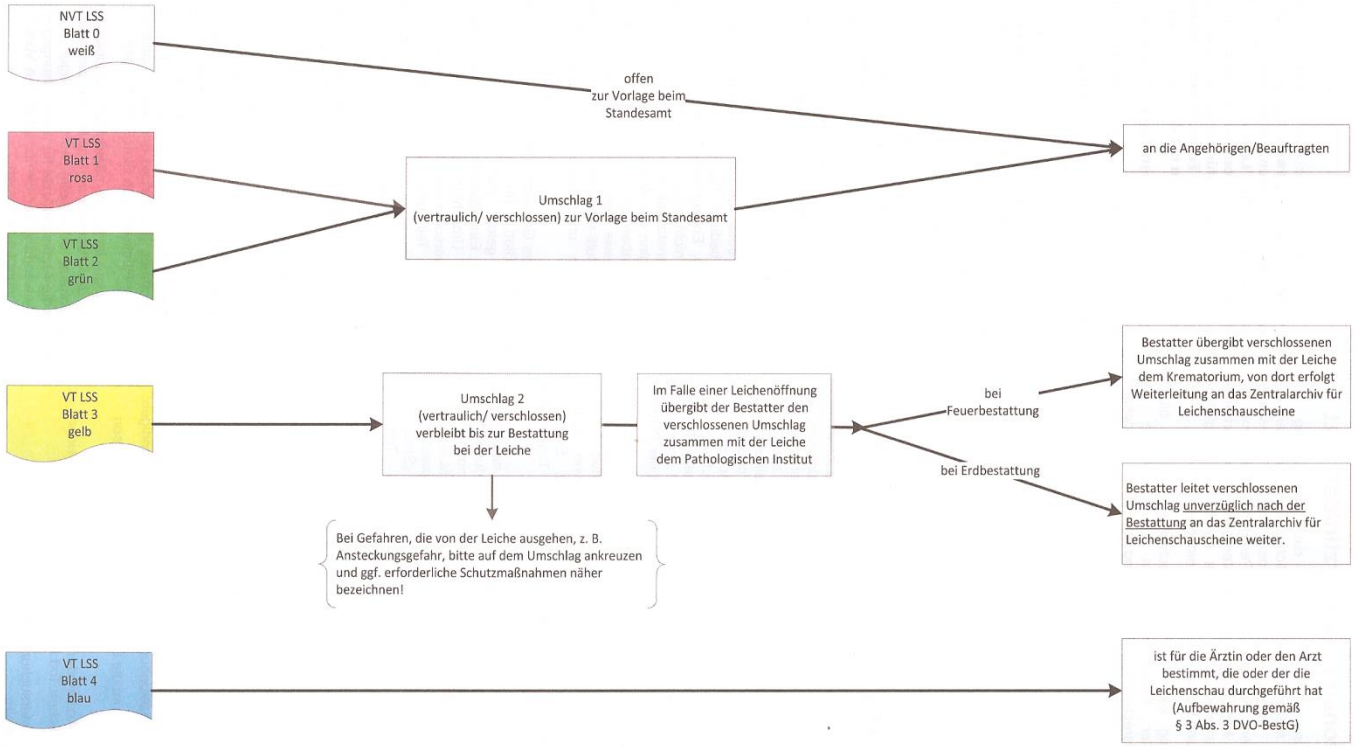
- Vordrucksatz Leichenschauschein mit Vorblatt
  (Informationen, Hinweise zum Leichenschauschein für die Ärztin/den Arzt)
- Umschlag 1, grau
  (für Blatt 1 und 2 des Leichenschauscheins)
- Umschlag 2, gelb
  (für Blatt 3 des Leichenschauscheins)

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		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterberegisternr.
PLZ, Wohnort	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich		Eintragung vorgemerkt, Vormerkungslistenr.: ☐ Feuerbestattung ☐ Erdbestattung
Geburtsort	Geburtsdatum	Identifikation: ☐ eigene Kenntnis ☐ Ausweis/Pass ☐ Angaben Angehöriger/Dritter ☐ nicht möglich	

2. Zeitpunkt und Ort des Todes

☐ Todeszeitpunkt bekannt oder	☐ Zeitpunkt der Leichenauffindung, falls Todeszeitpunkt unbekannt:	Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten
☐ Sterbeort ☐ Auffindungsort, falls nicht Sterbeort	Vollständige Adresse, ggf. Name des Krankenhauses, Pflegeheims, Sonstiges					

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

☐ Infektionsgefahr (z.B. meldepflichtige Erkrankung gem. §§ 6 und 7 IfSG)	☐ sonstiges (z.B. chemische Kontamination, Radioaktivität)

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

☐ 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
☐ nicht natürlicher Tod	Bei Tod durch Unfall, Selbsttötung, Tod durch strafbare Handlung, sonstige Gewalteinwirkung (z.B. Sturz, Vergiftung) und bei Verdachtsfällen der vorgenannten Kategorien oder bei unerwartetem Tod in Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen
☐ 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 ☐☐ ☐ 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 unbekleideten 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!

Zutreffendes bitte ankreuzen X und/oder in Blockschrift ausfüllen

Leichenschauschein

Land Berlin

- vertraulicher Teil -

Blatt 1: Gesundheitsamt

1. Personalangaben

Familienname, Geburtsname, Titel, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsort | Geburtsdatum

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Identifikation: ☐ eigene Kenntnis ☐ Ausweis/Pass ☐ Angaben Angehöriger/Dritter ☐ nicht möglich

Wird vom Standesamt ausgefüllt: Standesamt | Sterbefall beurkundet, Sterberegisternr. | Eintragung vorgemerkt, Vormerkungslisternr.: | ☐ Feuerbestattung ☐ Erdbestattung

2. Zeitpunkt und Ort des Todes

☐ Todeszeitpunkt bekannt oder ☐ Zeitpunkt der Leichenauffindung, falls Todeszeitpunkt unbekannt: Tag | Monat | Jahr | Stunden | Minuten

☐ Sterbeort ☐ Auffindungsort, falls nicht Sterbeort — Vollständige Adresse, ggf. Name des Krankenhauses, Pflegeheims, Sonstiges

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

☐ Infektionsgefahr (z.B. meldepflichtige Erkrankung gem. §§ 6 und 7 IfSG) ☐ sonstiges (z.B. chemische Kontamination, Radioaktivität)

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

☐ 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
☐ nicht natürlicher Tod	Bei Tod durch Unfall, Selbsttötung, Tod durch strafbare Handlung, sonstige Gewalteinwirkung (z.B. Sturz, Vergiftung) und bei Verdachtsfällen der vorgenannten Kategorien oder bei unerwartetem Tod in Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen
☐ 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

5. Todesursache/Klinischer Befund

Nur eine Todesursache pro Feld. Hierunter fällt nicht die Art des Todeseintrittes, wie z. B. Atemlähmung, Herzversagen, Kreislaufversagen, Verblutung, sondern die Krankheit, Komplikation oder Verletzung, die den Tod verursachte (keine Abkürzungen)		ICD-Code	Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit:	a) unmittelbare Todesursache		
Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von		
	c) als Folge von (Grundleiden)		
II. Andere wesentliche Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder mit dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen			

Nähere Angaben zur Todesursache und Begleiterkrankungen (Epikrise):

6. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei nicht natürlichem Tod

Z.B. Unfall, Gewalteinwirkung, Selbsttötung, Vergiftung, Komplikationen medizinischer Behandlungen — Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)

Bei Unfall bitte Kategorie ankreuzen: ☐ Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall) ☐ Schulunfall (ohne Wegeunfall) ☐ Verkehrsunfall (einschl. Wegeunfall) ☐ Häuslicher Unfall ☐ Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus o. Schule) ☐ Sonstiger Unfall

7. Zusatzangaben

Bei Kindern unter einem Jahr sowie Totgeborenen (Totgeborene oder in der Geburt gestorbene Kinder von mindestens 500 g): Mehrlingsgeburt ☐ Ja ☐ Nein | Länge bei Geburt cm | Geburtsgewicht g | Wo geboren (Klinik, Hausentbindung):

bei Neugeborenen, die innerhalb ersten 24 Stunden verstorben sind: Lebensdauer in Stunden | ☐ Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche | ☐ unbekannt

Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ☐ Ja, im Monat ☐ Nein ☐ unbekannt

Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, Interruptio, ein Abort? ☐ Ja ☐ Nein ☐ unbekannt

8. Sichere Zeichen des Todes

☐ Totenflecke ☐ Totenstarre ☐ Fäulnis ☐ Hirntod ☐ Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind

Zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon)

Zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus (Name, Anschrift, Telefon)

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 unbekleideten 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!

Ges 1 – Leichenschauschein – (10.14)

- vertraulicher Teil -

Blatt 2: Amt für Statistik

- vertraulicher Teil -

Blatt 3: Verbleibt bei der Leiche

- vertraulicher Teil -

Blatt 4: Arztdoppel

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 17 Hausbesuche je Schicht. Kann die Zahl von 17 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.

Im langen Nachdienst (20:00 bis 6:00) ergeben sich rechnerisch 6 Hausbesuche je Schicht.

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 Kassennummer 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 17 Besuchsleistungen und den tatsächlich durchgeführten Hausbesuchen).

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

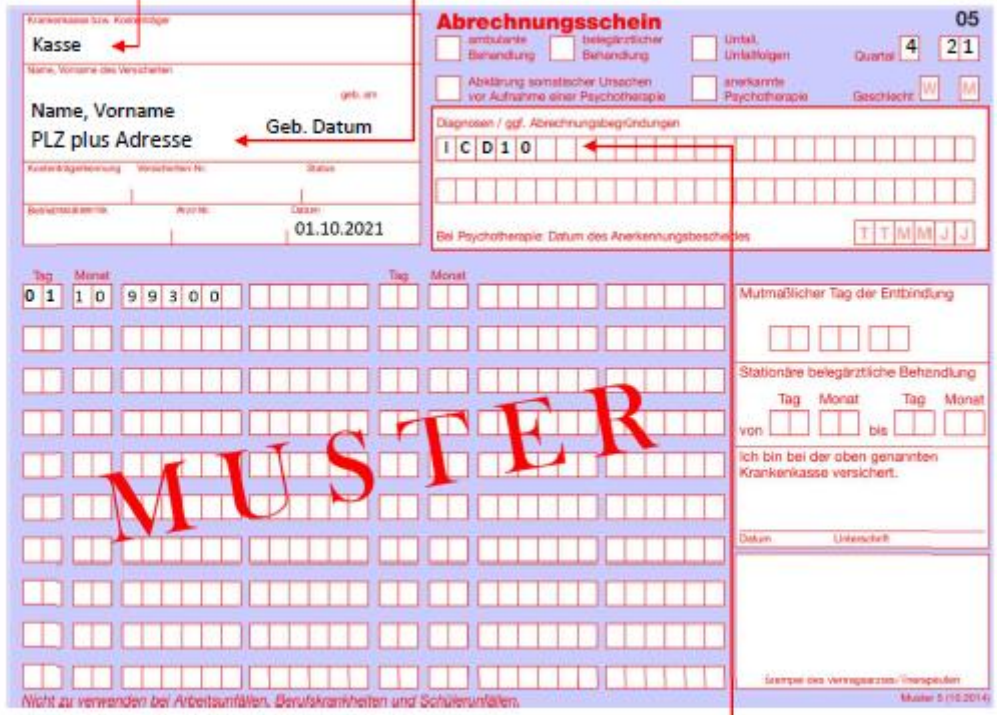
Kann die Zahl von 6 Besuchsleistungen in den Stunden zwischen 01.00 Uhr und 06.00 Uhr nicht erreicht werden, wird das Honorar mit 90,00 € je fehlendem Hausbesuch bis zur Zielgröße aufgestockt. Hierbei ist zu beachten, dass die Behandlung von Privatpatient*innen auf die angeforderten Besuche angerechnet 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 Kassennummer 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



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

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.

Besonderheit bei Nichtvertragsärzt:innen

Nutzungspauschale im fahrenden Bereitschaftsdienst:

Für jeden Dienst im fahrenden ÄBD wird eine Nutzungspauschale von 100,00 € erhoben

Liquidation

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

Diagnose:

berechne ich gemäß GOÄ vom 1.5.2001:

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

<u>insgesamt</u>: EUR _____

O Betrag in bar erhalten

O 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.medling.com/login/checkactivation?secret=8626ee5905c477c1286976b4a8bc64488043e32c1e69412e8b5f38f87b0d54bd5a77a74a3

Ihr Benutzeraccount ist muster.m

Ihr Benutzeraccount ist gleichzeitig der <u>Benutzername zum Anmelden</u>.

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

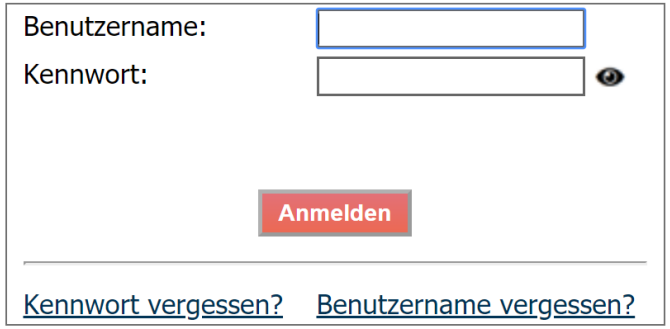
KV BERLIN
Besser. Gemeinsam. Wirken.

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



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

Startseite nach dem Anmelden

Startseite

- 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.

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

- 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:

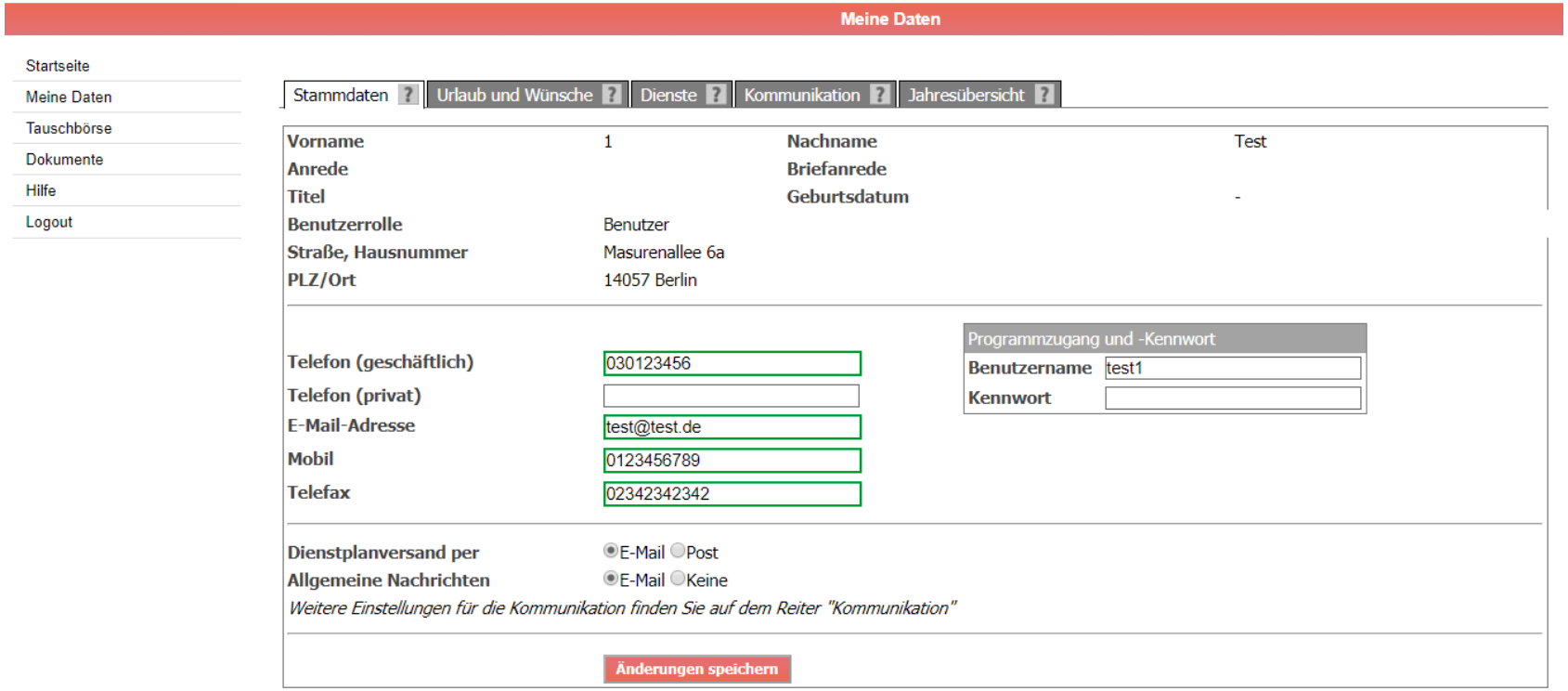
Mit der Eintragung der Kommunikationsdaten zu Ihrer Person erklären Sie sich einverstanden,
dass diese zum Zwecke der Bereitschaftsdienstplanung und -Abwicklung verarbeitet und genutzt werden.
Die Einwilligung kann jederzeit durch Löschung der Daten widerrufen werden.

Hier können Sie sich für freie Dienste bewerben.

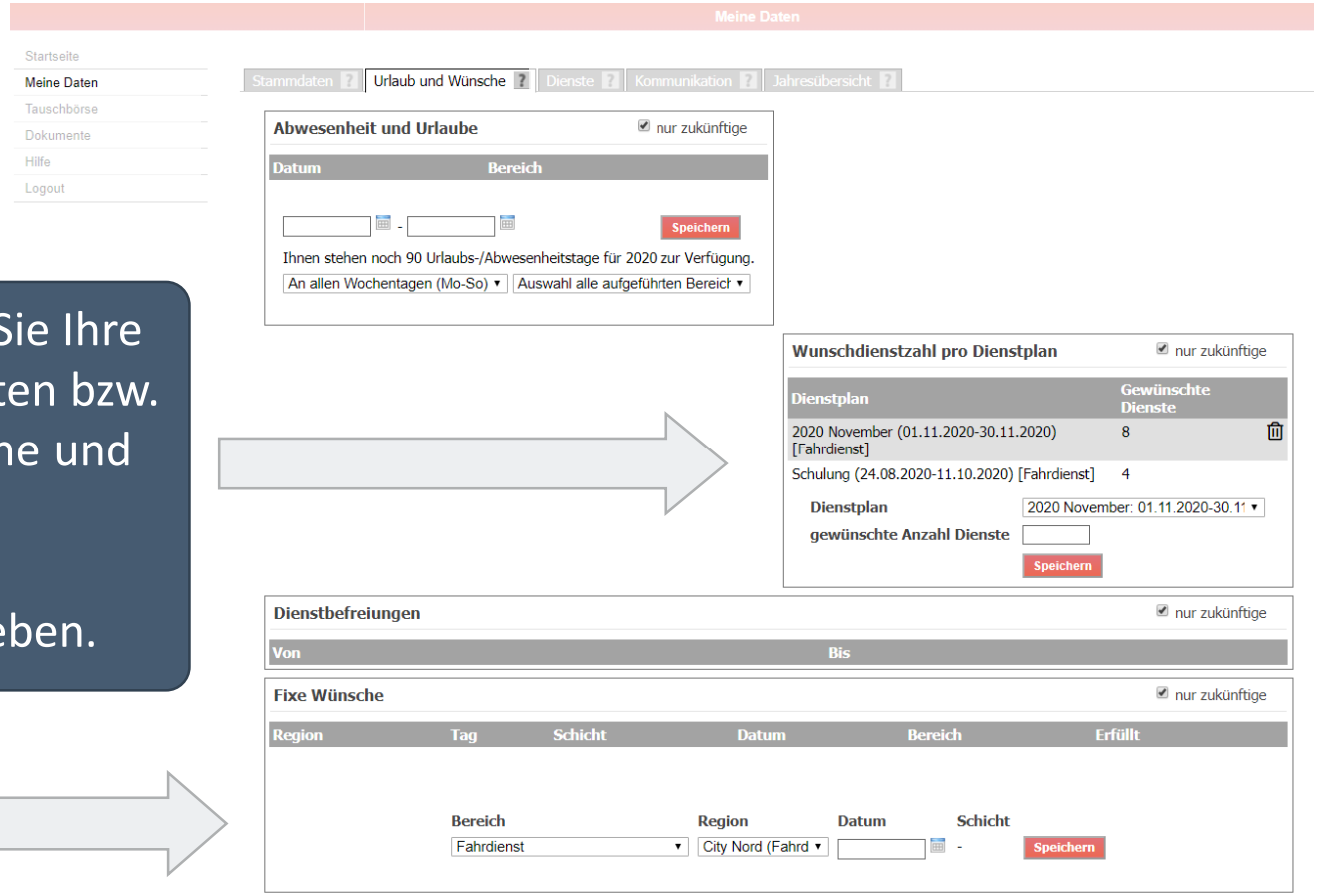
E-Mail: aebd@kvberlin.de
Tel.: +49 (0)30 / 31003 - 267/268

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

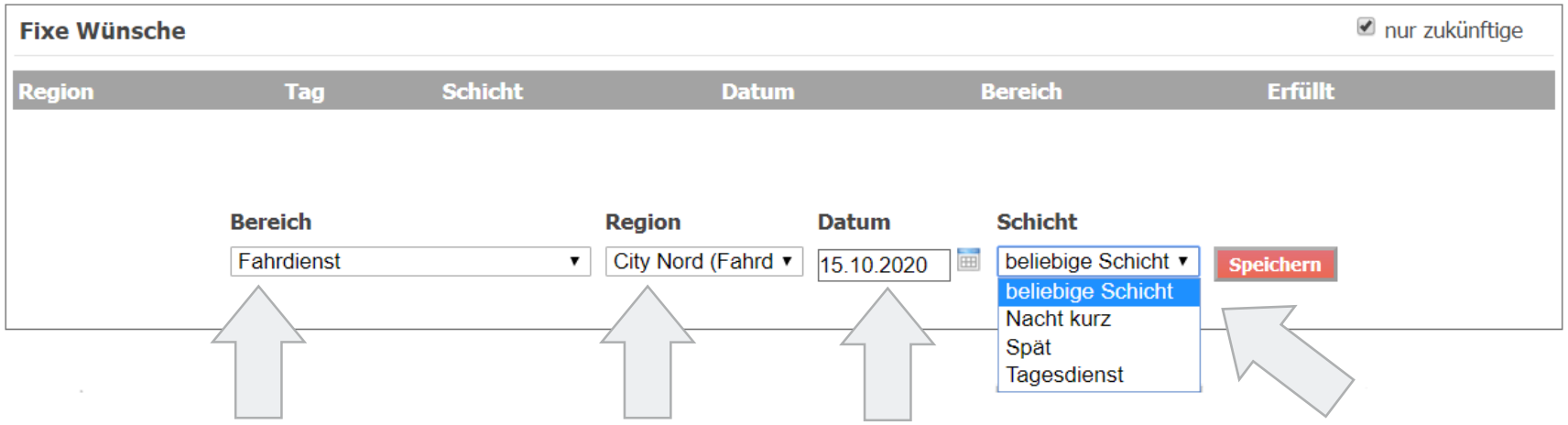

Meine Daten
Startseite
Meine Daten
Tauschbörse
Dokumente
Hilfe
Logout
Stammdaten
Urlaub und Wünsche
Dienste
Kommunikation
Jahresübersicht
Vorname 1
Nachname Test
Anrede
Briefanrede
Titel
Geburtsdatum -
Benutzerrolle Benutzer
Straße, Hausnummer Masurenallee 6a
PLZ/Ort 14057 Berlin
Telefon (geschäftlich) 030123456
Telefon (privat)
E-Mail-Adresse test@test.de
Mobil 0123456789
Telefax 02342342342
Programmzugang und -Kennwort
Benutzername test1
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.

Dienstwünsche eintragen



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

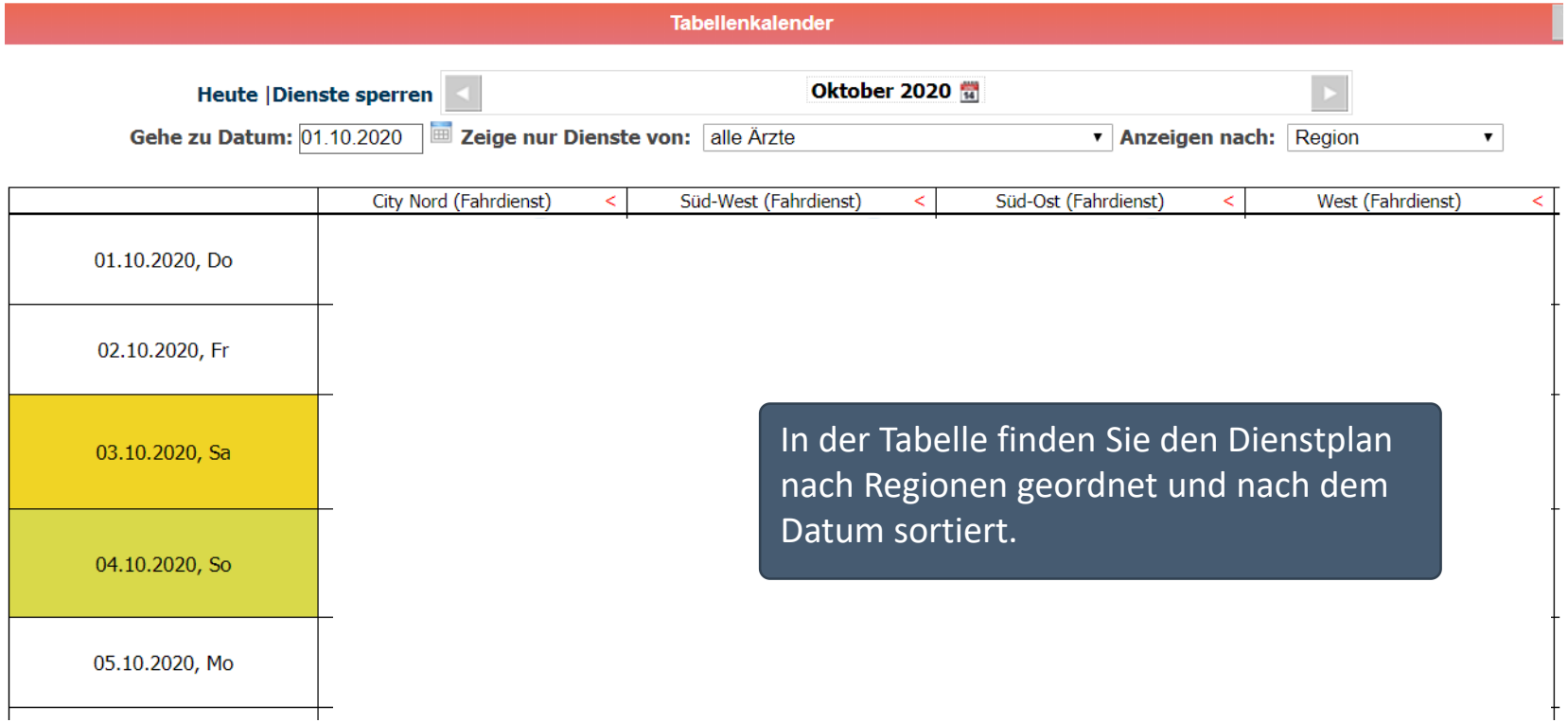
Wählen Sie zuerst den Dienstplan aus. Anschließend geben Sie die Anzahl der maximal gewünschten Dienste ein.
Bestätigen Sie mit „Speichern“

Die Dienstübersicht

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

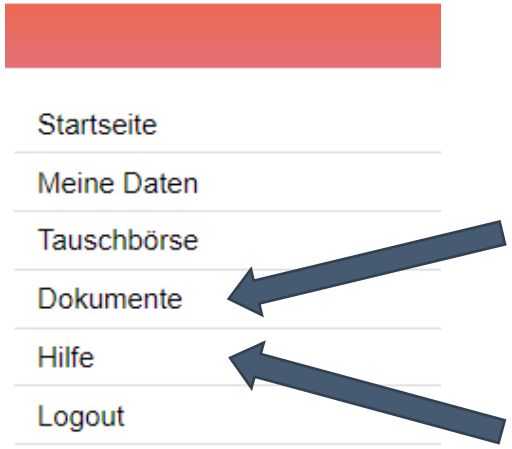
Hier finden Sie die Dienste des aktuellen Dienstplans, sowie offene Angebote des aktuellen Dienstplans.

Die Tauschbörse - Tabellenansicht



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

Dokumente und Online-Hilfe



Hier finden Sie hilfreiche Dokumente

Unter der Hilfe finden Sie eine sehr ausführliche Anleitung zu Ihrer Rolle im System.
Dort sind alle Funktionen ausführlich erklärt

BERLIN
Besser. Gemeinsam. Wirken.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN

Masurenallee 6A
14057 Berlin

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