

Akademischer Grad: _____

Name: _____
(und ggf. Geburtsname)

Vornamen: _____
(Rufname(n) unterstreichen)

Datum und Ort der Geburt: _____

Anschrift (privat): _____

Telefon (privat): _____ **E-Mail:** _____

Anschrift (dienstlich): _____

Telefon (dienstlich): _____

Datum und Ort der ärztlichen Prüfung: _____

Datum und Ort der Approbation: _____

Gebiets-/ Facharzt für: _____ **Datum der Anerkennung:** _____

Derzeitige Haupttätigkeit(en): _____

Seit wann? _____

Berufliche Tätigkeiten in den letzten 5 Jahren:

Bitte legen Sie in Ihrem beruflichen Curriculum ausführlich Ihre Erfahrungen und Fortbildungen im allgemeinmedizinischen / internistischen Bereich auf einem separaten Blatt dar.

In Bezug auf meine Tätigkeit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst unterwerfe ich mich den gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen, die für Vertragsärzte gelten.

Die Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und die Bereitschaftsdienstordnung habe ich erhalten und erkenne diese an.

Ich bin darüber informiert, dass pro Dienst ein Nutzungsentgelt i. H. v. 100,- € von meinem Bereitschaftsdiensthonorar in Abzug gebracht wird.

Ich bestätige, dass ich im Rahmen meiner Tätigkeit für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst haftpflichtversichert sein werde. Eine diesbezügliche Bescheinigung des Versicherungsunternehmens werde ich vorlegen.

Mir ist bekannt, dass ich keinen Anspruch auf eine Zuteilung von Diensten habe. **Ich versichere ausdrücklich meine Bereitschaft auch zur Übernahme von Nachtdiensten.**

Ort, Datum

Unterschrift & Stempel

Das Formular ist bitte vollständig ausgefüllt und im Original an die

*Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Ärztlicher Bereitschaftsdienst
ÄBD-Büro
Masurenallee 6A
14057 Berlin*

zu übersenden.

*Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an das Büro des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes unter
Tel.: 030 / 31 003-267 /-268 oder per E-Mail an aebd@kvberlin.de*