

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Terminservicestelle
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Fax: 030 / 31 003-50900

E-Mail: terminservice@kvberlin.de

Bitte tragen Sie nur Termine ein, die Sie der Terminservicestelle zur Vergabe zur Verfügung stellen.
Dies können Sie als:

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

Wenn Sie Ihre Termine grundsätzlich selbst vergeben, füllen Sie diesen Fragebogen bitte nicht aus.
Um Beachtung von Urlaubs- und anderen Abwesenheitszeiten in der Praxis wird gebeten.

Praxis/Einrichtung: _____

BSNR: _____

Name Arzt/Ärztin: _____

Einzeltermine

Datum am:	Uhrzeit um:	Dringlichkeit		Buchungsabstand*							ggf. Spezialuntersuchungen (z.B.: Ultraschall, Kolos- kopie, Funduskopie o.ä.)	
		Dringend	Nicht- Dringend	1	2	3	4	5	6	7		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

***Buchungsabstand:** Bitte die Anzahl an Werktagen angeben, die **mindestens** zwischen der Buchung des Termins und dem Termin selbst liegen muss

Serientermine

		Serientermin 1							Serientermin 2						
Wochentag:															
Uhrzeit/-en um:															
Beginnend ab: (Datum)															
Ggf. Spezialsprechstunden (Datum)															
Dringlichkeit (Bitte ankreuzen)	Dringend	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>						
	Nicht dringend	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>						
Buchungsabstand*		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervall		Wöchentlich		14täglich		1xpro Monat			Wöchentlich		14täglich		1xpro Monat		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

***Buchungsabstand:** Bitte die Anzahl an Werktagen angeben, die **mindestens** zwischen der Buchung des Termins und dem Termin selbst liegen muss.

Praxisschließzeiten: _____

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

Datum, Unterschrift

Praxisstempel