

Name: _____, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____, _____

(aktuelle) Arztregistereintragung bei der KV (Ort): _____

Ggf. ENR / LANR: _____

Hinweis: Sofern Sie nicht im Arztregister der KV Berlin eingetragen sind, fügen Sie bitte einen aktuellen¹ Arztregisterauszug der KV bei, in der Sie eingetragen sind. Ohne die Vorlage eines Arztregisterauszuges ist die Eintragung in die Warteliste nicht möglich.

Ich beantrage die Eintragung in die Warteliste für die Arztgruppe:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anästhesisten | <input type="checkbox"/> Nervenärzte / Neurologen / Psychiater |
| <input type="checkbox"/> Augenärzte | <input type="checkbox"/> Neurochirurgen |
| <input type="checkbox"/> Chirurgen und / oder Orthopäden | <input type="checkbox"/> Nuklearmediziner |
| <input type="checkbox"/> Frauenärzte | <input type="checkbox"/> Pathologen |
| <input type="checkbox"/> HNO-Ärzte | <input type="checkbox"/> Physikalische- und Rehabilitative Medizin |
| <input type="checkbox"/> Hausärzte (Allgemeinmediziner / Internisten) | <input type="checkbox"/> Psychotherapeuten |
| <input type="checkbox"/> Hautärzte | <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> ärztl. PT |
| <input type="checkbox"/> Humangenetiker | <input type="checkbox"/> Radiologen |
| <input type="checkbox"/> Internisten | <input type="checkbox"/> Strahlentherapeuten |
| <input type="checkbox"/> Kinderärzte | <input type="checkbox"/> Transfusionsmediziner |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater | <input type="checkbox"/> Urologen |
| <input type="checkbox"/> Laborärzte | |

Ort, Datum

Unterschrift

¹ Nicht älter als 3 Monate.