

BITTE ZURÜCKSENDEN AN:

Kassenärztliche Vereinigung RLP
Hauptverwaltung Mainz
 Isaac-Fulda-Allee 14
 55124 Mainz

an alle Obmänner am:

.....

ERHEBUNGSBOGEN FÜR BEREITSCHAFTSDIENSTÄRZTE

Titel, Vorname, Name		
Geburtsdatum	Nationalität	
Privatanschrift		
Telefon	Telefax	Handy
E-Mail		
Dienstanschrift		
Telefon		

* 1. Datum der Approbation: _____
 (beglaubigte Kopie der Urkunde ist beizufügen)

2. Haben Sie nach Ihrer Approbation eine Mindestweiterbildungszeit von 3 Jahren absolviert?

ja nein

a) davon klinische Tätigkeit:

Anästhesie	_____ Monate	Sonstige	_____ Monate
Chirurgie	_____ Monate	_____	_____ Monate
Innere Medizin	_____ Monate	_____	_____ Monate
Pädiatrie	_____ Monate	_____	_____ Monate

b) davon Tätigkeit in Praxen niedergelassener Ärzte:

Allgemeinmedizin	_____ Monate	Sonstige	_____ Monate
Chirurgie	_____ Monate	_____	_____ Monate
Innere Medizin	_____ Monate	_____	_____ Monate

c) andere Tätigkeit (z. B. Arbeitsmedizin, Transfusionsmedizin):

_____ Monate _____ Monate

* Zu den mit einem Sternchen versehenen Punkten sind entsprechende Nachweise beizufügen

- * **d)** bereits erworbene Gebietsarzt-/Fachkundebezeichnung etc. (Kopie Facharztzeugnis)

- 3.** Zusätzliche Voraussetzungen für die Vertretung eines Vertragsarztes im Bereitschaftsdienst:

- a)** mindestens 4-wöchige Vertretung eines oder mehrerer Vertragsärzte
(entfällt bei Weiterbildung nach 2 b))

Praxis _____ Wochen

Praxis _____ Wochen

- b)** Hospitation in einer Bereitschaftsdienstzentrale im Bereich der KV RLP (je 2 Stunden Tag und 2 Stunden Nacht)

ja, Zentrale

nein

- 4.** Angaben über die bereits bisher im Rahmen des organisierten Bereitschaftsdienstes ausgeübte Tätigkeiten:

ja _____ Jahre _____ Monate

in Bereitschaftsdienstzentrale(n): _____

- 5.** Ärztliche Qualifikation Notfallmedizin

- * **a)** Besitzen Sie den Fachkundenachweis Rettungsdienst?

ja

bitte Nachweis beifügen

nein

wenn nein, bitte weiter mit b)

- b)** Beherrschen Sie folgenden Notfallmaßnahmen:

Herz-Lungen-Wiederbelebung mit Atemspende und externer Herzmassage?

ja

nein

Intubation und künstliche Beatmung?

ja

nein

Übliche Infusions- und Injektionstechniken?

ja

nein

- * **6.** Eine Berufshaftpflicht besteht bei folgendem Unternehmen:

(Ein **aktueller** Nachweis der bestehenden Versicherung ist beizufügen)

* Zu den mit einem Sternchen versehenen Punkten sind entsprechende Nachweise beizufügen

7. Meine persönliche Bewerbung als Bereitschaftsdienstarzt gilt die folgende(n) Bereitschaftsdienstzentrale(n)/Bereitschaftsdienstbereich(e) im Bereich der KV Rheinland-Pfalz:

Bankverbindung:

Name und Anschrift des Geldinstituts

Bankleitzahl

Konto-Nr.

Ich bestätige hiermit, alle Daten wahrheitsgemäß angegeben zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

Nur für ausländische Bewerber

- * 8. Eine Berufserlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung (BÄO) liegt für den kompletten Bereich der KV Rheinland-Pfalz vor.

ja

nein

bitte Kopie beifügen

Die Berufserlaubnis ist gültig bis: _____

(Bei befristeter Berufserlaubnis bitte nach Verlängerung Wiedervorlage bei der KV Rheinland-Pfalz)

* Zu den mit einem Sternchen versehenen Punkten sind entsprechende Nachweise beizufügen