

KV RLP
Team Bereitschaftsdienst
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

Erhebungsbogen für Bereitschaftsdienstärzte

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

Nationalität

Privatanschrift

Telefon

Telefax

Handy

E-Mail

Dienstanschrift

Telefon

1. Approbation **(eine beglaubigte Kopie der Urkunde – nicht älter als drei Monate – ist diesem Erhebungsbogen beizufügen)** *

Datum

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

ja nein

a) davon **klinische** Tätigkeit:

Anästhesie

_____ Anzahl Monate

Chirurgie

_____ Anzahl Monate

Innere Medizin

_____ Anzahl Monate

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

Pädiatrie _____
Anzahl Monate

Sonstige

Anzahl Monate

Anzahl Monate

Anzahl Monate

b) davon Tätigkeit in **Praxen niedergelassener Ärzte**:

Allgemeinmedizin _____
Anzahl Monate

Chirurgie _____
Anzahl Monate

Innere Medizin _____
Anzahl Monate

Sonstige

Anzahl Monate

Anzahl Monate

c) andere Tätigkeit (zum Beispiel Arbeitsmedizin, Transfusionsmedizin):

Anzahl Monate

Anzahl Monate

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

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

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

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

Praxis

Wochen

Praxis

Wochen

- b) Hospitation in einer Ärztlichen Bereitschaftspraxis im Bereich der KV RLP (je zwei Stunden Tag und zwei Stunden Nacht)

ja

nein

4. Angaben über die bereits bisher im Rahmen des organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienstes ausgeübten Tätigkeiten:

ja

Jahr(e)

Monate

in der/den Ärztlichen Bereitschaftspraxis/Praxen:

Name

Name

5. Ärztliche Qualifikation Notfallmedizin:

- a) * Besitzen Sie den Fachkundenachweis Rettungsdienst?

ja

nein

bitte Nachweis beifügen

wenn nein, bitte weiter mit b)

- b) Beherrschen Sie folgende Notfallmaßnahmen:

Herz-Lungen-Wiederbelebung mit Atemspende und externer Herzmassage?

ja nein

Intubation und künstliche Beatmung?

ja nein

Übliche Infusions- und Injektionstechniken?

ja nein

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

6. Eine Ärztliche Berufshaftpflicht besteht bei folgendem Unternehmen: *

(ein aktueller Nachweis der bestehenden Versicherung ist beizufügen)

7. Meine persönliche Bewerbung als Bereitschaftsdienstarzt gilt für die folgende(n) Ärztliche(n) Bereitschafts-
praxis/Praxen im Bereich der KV RLP:

■ Bankverbindung

Name und Anschrift des Geldinstituts:

BIC

IBAN

Bei meinem Konto handelt es sich:

um ein Geschäftskonto aus freiberuflicher bzw. gewerblicher Tätigkeit

um ein Privatkonto; zuständiges Finanzamt:

Name des Finanzamtes

Anschrift des Finanzamtes

■ Hinweis:

Bei einem Privatkonto erfolgt von der KV RLP eine jährliche Meldung an das zuständige Finanzamt im Rahmen des §8 iVm § 12 der Mitteilungsverordnung über die von der KV RLP an Sie geleisteten Zahlungen.

Ich bestätige hiermit, alle Daten wahrheitsgemäß angegeben zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

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

■ Nur für ausländische Bewerber

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

ja nein

(bitte Kopie beifügen)

Die Berufserlaubnis ist gültig bis:

_____ Datum

(Bei befristeter Berufserlaubnis bitte nach Verlängerung Wiedervorlage bei der KV RLP)

_____ *** zu den mit einem Sternchen versehenen Punkten sind entsprechende Nachweise beizufügen**