

KV RLP  
Ressort Bereitschaftsdienst  
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. Approbation **(eine beglaubigte Kopie der Urkunde – nicht älter als sechs 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 \_\_\_\_\_

**\* 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**