

**Fax 06131 326-327**

## Adressverzeichnis und Ergänzung der Arzt-/Ermächtigungsregisterangaben

Stempel

---

Titel, Vorname, Name

### aktuelle Privatadresse

### Praxisadresse

---

Straße

---

Straße

---

PLZ / Ort

---

PLZ / Ort

---

Telefon

---

Telefon

---

Telefax

---

Telefax

---

Mobil

---

Mobil

---





E-Mail

---

E-Mail

# Barrierefreiheit

## Zugang und Praxisräume

			
<input type="checkbox"/> Die Praxis ist vollständig barrierefrei.	<input type="checkbox"/> Die Praxis ist weitgehend barrierefrei.	<input type="checkbox"/> Die Praxis ist für Gehbehinderte zugänglich.	<input type="checkbox"/> Die Praxis ist nicht barrierefrei.
<p>Erläuterung:</p> <p><b>ebenerdiger Zugang</b></p> <p>mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ einer Rampe bis maximal 6 % Steigung und/oder</li> <li>▪ einem rollstuhlgerechten Aufzug (Türbreite mind. 90 cm, Tiefe mind. 140 cm; Fahrstuhlkabine mind. 110 x 140 cm)</li> </ul> <p><b>Türbreite</b> der Eingangs- und Innenraumtüren mind. 90 cm</p> <p><b>Bewegungsflächen</b> in den Räumen mind. 150 x 150 cm</p> <p><b>Untersuchungsmöbel</b> höhenverstellbar</p>	<p>Erläuterung:</p> <p><b>weitgehend ebenerdiger Zugang</b></p> <p>mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ maximal eine Stufe oder</li> <li>▪ einer Rampe mit mehr als 6 % Steigung und/oder</li> <li>▪ einem Aufzug (Türbreite weniger als 90 cm; Fahrstuhlkabine weniger als 110 x 140 cm)</li> </ul> <p><b>Türbreite</b> der Eingangs- und Innenraumtüren weniger als 90 cm</p> <p><b>Bewegungsflächen</b> in den Räumen weniger als 150 x 150 cm</p>	<p>Erläuterung:</p> <p><b>Handläufe/Geländer</b> vorhanden</p> <p><b>Sitzgelegenheiten</b> in Anmelde- und Wartezonen</p> <p><b>Markierung der Stufenvorderkanten</b> der ersten und letzten Stufe</p>	

## Parkmöglichkeiten

- Behindertenparkplatz (Breite mindestens 350 cm, Länge mindestens 500 cm, Bordsteine abgesenkt)
- reservierte Parkplätze für Besucher der Praxis
- Standardparkplatz
- kein Parkplatz

Berufsausübungsgemeinschaft mit

Praxisgemeinschaft mit

Name des MVZ

	Sprechstundenzeiten				und nach Vereinbarung
	von	bis	von	bis	
<b>Montag</b>					<input type="checkbox"/> ja
<b>Dienstag</b>					<input type="checkbox"/> ja
<b>Mittwoch</b>					<input type="checkbox"/> ja
<b>Donnerstag</b>					<input type="checkbox"/> ja
<b>Freitag</b>					<input type="checkbox"/> ja
<b>Samstag</b>					<input type="checkbox"/> ja
<b>nur nach Vereinbarung</b>	<input type="checkbox"/> ja				

**Honorarzahlungen** der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz sind an meine nachstehend aufgeführte Bankverbindung zu leisten:

Name und Anschrift des Geldinstituts

BIC

IBAN

Datum

Unterschrift