

# Vertragsarztstempel für die Einzelpraxis

## Gestaltungsvorschläge

### Praxisinhaberin bzw. Praxisinhaber

Kriterien	Stempelinhalt
Titel, Vorname, Nachname	Dr. med. Martha Muster
Facharztbezeichnung	Fachärztin für Allgemeinmedizin
Praxisadresse	Musterstraße 4, 12345 Musterstadt
Telefonnummer	Telefon 01234 12345
BSNR	50 00 000 00

### ... mit einer ärztlich oder psychotherapeutisch tätigen Person in Anstellung

Kriterien	Stempelinhalt
Titel, Vorname, Nachname	Dr. med. Michael Muster
Facharztbezeichnung	Facharzt für Orthopädie
<i>*Titel, Vorname, Nachname</i>	<i>Dr. med. Ina Müller</i>
<i>*Facharztbezeichnung</i>	<i>Fachärztin für Chirurgie</i>
Praxisadresse	Musterstraße 4, 12345 Musterstadt
Telefonnummer	Telefon 01234 12345
BSNR	50 00 000 00

### ... mit mehreren ärztlich oder psychotherapeutisch tätigen Personen in Anstellung

Kriterien	Stempelinhalt
Titel, Vorname, Nachname	Dr. med. Michael Muster
<i>*Titel, Vorname, Nachname</i>	<i>Dr. med. Fritz Meier</i>
Facharztbezeichnung	Fachärzte für Orthopädie
<i>*Titel, Vorname, Nachname</i>	<i>Dr. med. Ina Müller</i>
<i>*Facharztbezeichnung</i>	<i>Fachärztin für Chirurgie</i>
Praxisadresse	Musterstraße 4, 12345 Musterstadt
Telefonnummer	Telefon 01234 12345
BSNR	50 00 000 00

### Einzelpraxis mit Ärztin oder Arzt in Weiterbildung

Kriterien	Stempelinhalt
Titel, Vorname, Nachname	Dr. med. Martha Muster
Facharztbezeichnung	Fachärztin für Allgemeinmedizin
<i>*Titel, Vorname, Nachname</i>	<i>Dr. med. Ina Müller</i>
<i>*Facharztbezeichnung</i>	<i>Ärztin</i>
Praxisadresse	Musterstraße 4, 12345 Musterstadt
Telefonnummer	Telefon 01234 12345
BSNR	50 00 000 00

*\*optionale Angabe*