

# 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

### Verordnung durch ärztliche Person in Weiterbildung

Kriterien	Stempelinhalt
Titel, Vorname, Nachname des oder der Weiterbildungsbeauftragten	Dr. med. Martha Muster
Facharztbezeichnung	Fachärztin für Allgemeinmedizin
Titel, Vorname, Nachname	Dr. med. Ina Müller
Facharztbezeichnung	Ärztin (alternativ: Ärztin in Weiterbildung)
Praxisadresse	Musterstraße 4, 12345 Musterstadt
Telefonnummer	Telefon 01234 12345
BSNR	50 00 000 00

*\*optionale Angabe*