

Vertragsarztstempel für BAG, MVZ und Krankenhaus/Einrichtung

Gestaltungsvorschläge

BAG

Kriterien	Stempelinhalt
Name der Einrichtung	Dres. Martha Muster und Kolleginnen
Praxisadresse	Musterstraße 4, 12345 Musterstadt
Telefonnummer	Telefon 01234 12345
BSNR	50 00 000 00

MVZ

Kriterien	Stempelinhalt
Name der Einrichtung	MVZ Mustername
Praxisadresse	Musterstraße 4, 12345 Musterstadt
Telefonnummer	Telefon 01234 12345
BSNR	50 00 000 00

MVZ/BAG

Kriterien	Stempelinhalt
Name der Einrichtung	Praxis Sonnenschein
Praxisadresse	Musterstraße 4, 12345 Musterstadt
Telefonnummer	Telefon 01234 12345
BSNR	50 00 000 00

Krankenhaus/Einrichtung

Kriterien	Stempelinhalt
Name der Einrichtung	Stiftung Mustername Diakonie
Praxisadresse	Musterstraße 4, 12345 Musterstadt
Telefonnummer	Telefon 01234 12345
BSNR	50 00 000 00

Für die Verordnung verwendbar

BAG

Kriterien	Stempelinhalt
Name der Einrichtung	Dres. Martha Muster und Kolleginnen
Titel, Vorname, Nachname	Dr. med. Klara Müller
Facharztbezeichnung	Fachärztin für Chirurgie
Praxisadresse	Musterstraße 4, 12345 Musterstadt
Telefonnummer	Telefon 01234 12345
BSNR	50 00 000 00

MVZ

Kriterien	Stempelinhalt
Name der Einrichtung	MVZ Mustername
Titel, Vorname, Nachname	Dr. med. Michael Muster
Facharztbezeichnung	Facharzt für Innere Medizin
Praxisadresse	Musterstraße 4, 12345 Musterstadt
Telefonnummer	Telefon 01234 12345
BSNR	50 00 000 00

BAG/MVZ

Kriterien	Stempelinhalt
Name der Einrichtung	Praxis Sonnenschein
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Klara Müller
<i>*Titel, Vorname, Name</i>	<i>Dr. med. Ottilie Meier</i>
Facharztbezeichnung	Fachärztinnen für Chirurgie
Praxisadresse	Musterstraße 4, 12345 Musterstadt
Telefonnummer	Telefon 01234 12345
BSNR	50 00 000 00

BAG/MVZ, Verordnung durch ärztliche Person in Weiterbildung

Kriterien	Stempelinhalt
Name der Einrichtung	Praxis Sonnenschein
Titel, Vorname, Nachname des oder der Weiterbildungsbefugten	Dr. med. Michael Muster
Facharztbezeichnung	Facharzt für Orthopädie
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

Krankenhaus/Einrichtung

Kriterien	Stempelinhalt
Name der Einrichtung	Stiftung Mustername Diakonie
Titel, Vorname, Nachname	Dr. med. Michael Muster
Facharztbezeichnung	Facharzt für Orthopädie
Praxisadresse	Musterstraße 4, 12345 Musterstadt
Telefonnummer	Telefon 01234 12345
BSNR	50 00 000 00

**optionale Angabe*