

Personalbogen

für die Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst
(bitte gut lesbar ausfüllen)



Akadem. Titel: _____
Name, Vorname: _____
Geburtsname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Privatanschrift

PLZ, Ort: _____
Straße, Hausnr.: _____
Telefon (priv.): _____ Handy (priv.): _____
E-Mail Adresse (priv.): _____

Bei welcher Ärztekammer sind Sie gemeldet? _____

Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Patientenservice
Druseltalstraße 5-9
34131 Kassel
Mail: bereitschaftsdienst.kassel@kvhessen.de
Fax: 0561 7008-4111

**WIR SORGEN
FÜR GESUNDHEIT**