

**Arzt-Stammdatenblatt**  
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.): \_\_\_\_\_

---

**Praxisanschrift** (sofern vorhanden)

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
Telefon (Praxis): \_\_\_\_\_ Handy (Praxis): \_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse (Praxis): \_\_\_\_\_

---

**Welche Mailadresse / Mobilfunknummer soll für den ÄBD genutzt werden?**

Mobilfunknummer    ☐ Privat    ☐ Praxis    Mailadresse    ☐ Privat    ☐ Praxis

**Bei welcher Ärztekammer sind Sie gemeldet?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Dispositionszentrale  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Mail: [bereitschaftsdienst.kassel@kvhessen.de](mailto:bereitschaftsdienst.kassel@kvhessen.de)  
Fax: 0561 7008-4111

**WIR SORGEN  
FÜR GESUNDHEIT**