

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@khessen.de
Fax: 0561 7008-4111

**WIR SORGEN
FÜR GESUNDHEIT**