

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Notdienste
Team Anwendungsbetreuung
Frohsinnstr. 2
86150 Augsburg

Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 91
E-Mail: bsd-boerse@kvb.de

Meldebogen zur Aufnahme als Vertreter im Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB

1. Allgemeine Angaben

Titel _____	Geburtsdatum _____
Name _____	Vorname _____
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
_____ Telefonnummer	_____ Faxnummer
_____ E-Mail	
_____ Fachgebietsbezeichnung	

2. Dienststellenbereich

Ich möchte im Bereich folgender Dienststelle/n Vertretungen übernehmen:

<input type="checkbox"/> Bayern	<input type="checkbox"/> Mittelfranken	<input type="checkbox"/> München Stadt u. Land
<input type="checkbox"/> Niederbayern	<input type="checkbox"/> Oberbayern	<input type="checkbox"/> Oberfranken
<input type="checkbox"/> Oberpfalz	<input type="checkbox"/> Schwaben	<input type="checkbox"/> Unterfranken

ggf. räumliche Einschränkungen (Stadt, Landkreis, Gebiet): _____

Vertretungen sind nicht möglich (z. B. wg. Urlaub) im Zeitraum:

3. Fachliche Voraussetzungen

Damit wir Sie als Vertreter in unserer Online-Bereitschaftsdienstbörse aufnehmen können, müssen Sie bestimmte Mindestvoraussetzungen erfüllen:

Ich erfülle die nachfolgend genannten Anforderungen und lege die entsprechenden Nachweise diesem Meldebogen bei. Ich kann Vertretungen übernehmen im:

- Allgemeinen Ärztlichen Bereitschaftsdienst mit folgenden Mindestvoraussetzungen:
- Absolvierung einer mindestens 2-jährigen Weiterbildung
 - Teilnahme an Fortbildungskursen die mich für den ärztlichen Bereitschaftsdienst qualifizieren

- Fachärztlichen Bereitschaftsdienst: _____
Facharztbezeichnung

Im Fachärztlichen Bereitschaftsdienst sind Vertretungen grundsätzlich nur bei Vorliegen des gleichen Facharztstandards möglich. (Befugnis zum Führen einer entsprechenden Fachärztlichen Gebietsbezeichnung).

4. Kontaktdaten für den Bereitschaftsdienst

Unter folgender/n Telefonnummer/n bin ich **für die Vermittlungszentrale** der KVB erreichbar um Behandlungsfälle entgegenzunehmen:

(Festnetz und/oder Mobilnummer)

Bitte beachten Sie: Gemäß BDO §13.6, müssen Sie während Ihrer Dienstzeit sicherstellen, dass Sie unter der hier angegeben Nummer erreichbar sind.

Die relevanten Daten des zu behandelnden Patienten möchte ich vorab erhalten:

- per SMS an _____
(Mobilnummer)

ODER:


Dürfen die oben angegebenen Telefonnummern **direkt an die Patienten** weitergegeben werden, damit diese während des Bereitschaftsdienstes selbst **bei Ihnen anrufen** können?

- ja (Nummer siehe oben)
- nein
- Patientenrufe unter folgender/n Telefonnummer/n:

(Festnetz und/oder Mobilnummer)

5. Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten gespeichert und als Text-Anzeige in der Online-Bereitschaftsdienstbörse der KVB veröffentlicht sowie an KVB-Mitglieder, die eine Vertretung suchen, weitergegeben werden (s. dazu auch Hinweise im Anhang).

Bitte denken Sie daran, die mit  gekennzeichneten Nachweise dem Meldebogen beizulegen, Urkunden der Ärztekammer bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie. Diese dienen nur zum Nachweis Ihrer fachlichen Voraussetzungen und werden nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift 

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind beigefügt
1) Approbationsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Facharzturkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Nachweis Weiterbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Rechtliche Hinweise

Die Übermittlung dieses Vertretungsangebotes (per Fax oder Post) erfolgt zur Veröffentlichung Ihrer Daten als Text-Anzeige in der Online-Bereitschaftsdienstbörse der KVB und Speicherung der Daten bei der KVB zur Weitergabe an KVB-Mitglieder, die eine Vertretung suchen.

Rechtsgrundlage für die Speicherung, Veröffentlichung und Übermittlung der Daten ist der Sicherstellungsauftrag der KVB gemäß § 75 SGB V i.V.m. § 285 Abs. 1 Nr. 2 SGB V und die Einverständniserklärung des Vertretungswilligen.

Datenschutzhinweis

Durch Ankreuzen und Unterschreiben der Einverständniserklärung stimmen Sie einer Speicherung, Veröffentlichung und Weiterübermittlung der gesendeten Daten durch die KVB zu. Die Zustimmungserklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die Veröffentlichung der Daten erfolgt im Internet unter www.kvb.de im geschützten Bereich. Wird das Einverständnis auf diesem Formular nicht erteilt, kann keine Veröffentlichung oder Weitergabe des Vertretungsangebotes erfolgen.