

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Notdienste
Vermittlungs- und Beratungszentrale
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Erreichbarkeit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

1. Allgemeine Angaben

Titel	Name		
	Vorname		
<hr/>			
Praxisanschrift			
(PLZ, Praxisort, Straße, Hausnummer)			
Telefon	Geheim* <input type="checkbox"/>	PDA** <input type="checkbox"/>	
Mobil (Praxishandy)	Geheim* <input type="checkbox"/>	PDA** <input type="checkbox"/>	
Telefax			
<hr/>			
Privatanschrift (freiwillige Angabe)			
(PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer)			
Telefon	Geheim* <input type="checkbox"/>	PDA** <input type="checkbox"/>	
Mobil (Privathandy)	Geheim* <input type="checkbox"/>	PDA** <input type="checkbox"/>	
E-Mail			
*Mit „ Geheim “ gekennzeichnete Telefonnummern werden nicht an Dritte weiter gegeben.			
** PDA bedeutet, dass diese Telefonnummer direkt an die Patienten weiter gegeben wird und diese Sie dann während des Bereitschaftsdienstes selbst anrufen können.			
<hr/>			
<input type="checkbox"/> Bitte senden Sie mir die Patientendaten vorab per SMS an:			
<input type="checkbox"/> Bitte senden Sie mir die Patientendaten vorab per Fax an:			

2. Sprechzeiten

Die nachfolgenden Sprechzeiten werden in unserer Vermittlungssoftware hinterlegt und zu jedem Ihrer Dienste automatisch in der Vermittlung angezeigt und somit an den Patienten weiter gegeben. Das bedeutet, dass wir alle gefähigen Patienten innerhalb dieser Zeiten in Ihre Praxis verweisen. Sie können diese Sprechzeiten selbstverständlich jederzeit ändern oder auch nur für einen bestimmten Tag deaktivieren lassen.


Die Notfallsprechstunde findet statt in der **Praxis**:

- Mittwoch** bis
- Freitag** bis
- Samstag** bis **und** bis
- Sonntag** bis **und** bis
- Feiertag** bis **und** bis

3. Dienstaushotline (Änderungen senden Sie bitte per Fax oder Mail an Ihre zuständige Bezirksstelle)

Oberbayern, Niederbayern und Schwaben	Unter-, Mittel-, Oberfranken und Oberpfalz
Fax 0 89 / 57 95 70 – 8 50 11 E-Mail dienständerung.vbzm@kvb.de	Fax 09 21 / 78 51 75 – 6 50 11 E-Mail dienständerung.vbzn@kvb.de

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / ermächtigter Arzt 

Arztstempel