

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Karlsruhe  
Geschäftsbereich Sicherstellung  
Keßlerstraße 1  
76185 Karlsruhe

**Absender/Stempel**

Team Sicherstellung /Vertreter | Fax 0711 7875-483871

# Aufnahmeformular

## für die Vertreterbörse der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Ich stimme der Aufnahme in die Börse sowie der Vermittlung meiner Daten ausschließlich an Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten der KVBW zu.

### Angaben zur Person

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung

\_\_\_\_\_  
ggf. Schwerpunkt

### Versorgungsbereich (bei Internisten)

hausärztlich       fachärztlich

### Art der Vertretung

Ich bin interessiert an der Tätigkeit als Vertreter/Vertreterin zur Sicherstellung der Versorgung

Ich bin interessiert an einer Urlaubs-/Krankheitsvertretung

## Tätigkeitsaufnahme ist geplant im Landkreis

<input type="checkbox"/> Alb-Donau-Kreis	<input type="checkbox"/> Enzkreis	<input type="checkbox"/> Ludwigsburg	<input type="checkbox"/> Rottweil
<input type="checkbox"/> Baden-Baden/Rastatt	<input type="checkbox"/> Esslingen	<input type="checkbox"/> Main-Tauber-Kreis	<input type="checkbox"/> Schwäbisch-Hall
<input type="checkbox"/> Biberach	<input type="checkbox"/> Freiburg Stadt	<input type="checkbox"/> Mannheim Stadt	<input type="checkbox"/> Schwarzwald-Baar-Kreis
<input type="checkbox"/> Böblingen	<input type="checkbox"/> Freudenstadt	<input type="checkbox"/> Neckar-Odenwald-Kreis	<input type="checkbox"/> Sigmaringen
<input type="checkbox"/> Bodenseekreis	<input type="checkbox"/> Göppingen	<input type="checkbox"/> Ortenaukreis	<input type="checkbox"/> Stuttgart Stadt
<input type="checkbox"/> Breisg.-Hochschw.	<input type="checkbox"/> Heidelberg Stadt	<input type="checkbox"/> Ostalbkreis	<input type="checkbox"/> Tübingen
<input type="checkbox"/> Calw	<input type="checkbox"/> Hohenlohekreis	<input type="checkbox"/> Pforzheim Stadt	<input type="checkbox"/> Tuttlingen
<input type="checkbox"/> Emmendingen	<input type="checkbox"/> Karlsruhe Land	<input type="checkbox"/> Ravensburg	<input type="checkbox"/> Ulm Stadt
<input type="checkbox"/> Heidenheim	<input type="checkbox"/> Karlsruhe Stadt	<input type="checkbox"/> Rems-Murr-Kreis	<input type="checkbox"/> Waldshu
<input type="checkbox"/> Heilbronn	<input type="checkbox"/> Konstanz	<input type="checkbox"/> Reutlingen	<input type="checkbox"/> Zollernalbkreis
<input type="checkbox"/> Heilbronn Stadt	<input type="checkbox"/> Lörrach	<input type="checkbox"/> Rhein-Neckar-Kreis	

## Profil/Bemerkungen (z. B. bisherige Tätigkeiten, Qualifikationen, zeitliche Beschränkungen)

---

---

### Anmerkungen

Sofern Sie **nicht** im Arztregister der **KV Baden-Württemberg** eingetragen sind, benötigen wir von Ihnen eine Kopie des Arztregisterauszuges. Sollten Sie **keinen Arztregistereintrag** in Deutschland haben, benötigen wir eine Kopie Ihrer Facharzturkunde.

Arztregisterauszug ist beigelegt

Facharzturkunde ist beigelegt

Bei Interesse an einer Vertretung im Rahmen des Notfalldienstes möchten wir Sie bitten, sich auf der Homepage der KV Baden-Württemberg unter [www.kvbawue.de/praxisalltag/notfalldienst](http://www.kvbawue.de/praxisalltag/notfalldienst) zu informieren.

Datum

Unterschrift