

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Stuttgart
z. Hd. docdirekt-Team
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Eingangsdatum KVBW: _____

per Mail an: docdirekt-telemedizin@kvbwawue.de

per Fax an: 0711 / 7875 - 483822

Ihre Teilnahme an der Telemedizin

I. Angaben zur Person

_____ Titel _____ Vorname _____ Name

_____ Straße _____ Hausnummer _____ PLZ _____ Ort

_____ Telefonnummer _____ E-Mail-Adresse

_____ Facharztbezeichnung

_____ LANR

_____ BSNR

- Meine Approbation wurde weder entzogen noch zum Ruhen gebracht.

II. An welcher Dienstart möchten Sie teilnehmen?

Telemedizin Dienstart (Mehrfachauswahl möglich)

<input type="checkbox"/> zu den Sprechzeiten Allgemein werktags 8 bis 13 Uhr & 13 bis 19 Uhr	<input type="checkbox"/> zu den Sprechzeiten Pädiatrie werktags 8 bis 13 Uhr & 13 bis 19 Uhr
<input type="checkbox"/> ÄBD Allgemein Wochenende/Feiertage 9 bis 16 Uhr & 16 bis 23 Uhr, sowie werktags 19 bis 23 Uhr	<input type="checkbox"/> ÄBD Pädiatrie Wochenende/Feiertage 9 bis 16 Uhr & 16 bis 23 Uhr, sowie werktags 19 bis 23 Uhr

Hinweis: Zur Teilnahme benötigen Sie ein mobiles Endgerät mit stabiler Internet- und Telefonverbindung sowie einer Kamera. Ihr Aufenthaltsort sollte zudem eine geschützte Patientenberatung ermöglichen, um den üblichen Datenschutz sowie die ärztliche Schweigepflicht zu gewährleisten. Zudem ist die Teilnahme an einer Schulung zur Bedienung der Plattform docdirekt erforderlich. Detaillierte Informationen dazu erhalten Sie nach erfolgter Prüfung Ihrer Interessenbekundung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich dem docdirekt-Team (docdirekt-telemedizin@kvbawue.de) der KV BW mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihre Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg