

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Zentrale Stelle ÄBD – Ärzte Kassel

Personalbogen
für die Teilnahme am organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst
(bitte gut lesbar ausfüllen)

Akadem. Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Dienstanschrift (bei angestellten Ärzten Name der klinischen Einrichtung, der Arztpraxis, etc.)

Stadt/Landkreis _____

Ort _____

Postleitzahl _____

Str./Nr. _____

Name der
Einrichtung _____

Telefon (dienstl.) _____

Privatanschrift

Postleitzahl _____

Ort _____

Str./Nr. _____

Telefon (priv.) _____

Bei welcher Bezirksärztekammer sind Sie
gemeldet? _____

Nur ausfüllen von Bewerbern, die nicht im Besitz der deutschen Staatsbürgerschaft sind:

Verfügen Sie über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache? Ja / nein

Besitzen Sie eine Berufserlaubnis gem. § 10 BÄO? Ja / nein

ggf. ausgestellt vom : _____ Berufserlaubnis gültig bis _____ :

Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes