

## RÜCKMELDUNG PARTNERPRAXIS

Bitte per Fax zurück an: (0 69) 24741-68837  
oder per E-Mail an: [bereitschaftsdienst@kvhessen.de](mailto:bereitschaftsdienst@kvhessen.de)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Ärztlicher Bereitschaftsdienst  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt am Main

- Ja, meine Praxis steht als **Partnerpraxis** zur ambulanten Behandlung/Erstsichtung von Patienten zur Verfügung, die aus der Notfallambulanz der umliegenden Klinik an meine Praxis verwiesen werden.

Name und Ort der Klinik, für die ich zur Übernahme von Notfallpatienten während der Praxisöffnungszeiten Ansprechpartner sein möchte (die Nennung mehrerer Krankenhäuser ist möglich):

---

---

---

- Ich bin bereit, als Partnerpraxis zur Verfügung zu stehen. Meine Praxis ist montags, dienstags und donnerstags von 8:00 bis 17:30 Uhr und mittwochs und freitags von 8:00 bis 14:00 Uhr unter der folgenden Telefonnummer zu erreichen:

Tel.Nr. für Krankenhaus: \_\_\_\_\_

- Meine Praxis kann als Partnerpraxis gegenüber dem aufgeführten Krankenhaus bzw. der HKG benannt werden.

\_\_\_\_\_  
LANR (Unterschrift/Praxisstempel)

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name  
(bitte in Druckbuchstaben)