

Änderungsmitteilung

Zulassungsausschuss für Ärzte für das Land Brandenburg

Bitte schnellstmöglich an den
Zulassungsausschuss
zurücksenden

Name, Vorname: _____

LANR: _____

BSNR: _____

Grund der Änderung: _____

ab wann: _____

1. Angaben zur Weiterbildung:

Zusatzbezeichnung für: _____
(wenn noch nicht vorliegend, nachzuweisen durch Urkunde im Original oder amtl. beglaubigt)

2. Praxisanschrift _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

3. Privatanschrift _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

4. Postanschrift _____

5. Honoraranschrift _____

6. Bankverbindung

Bank _____

Konto.-Nr.: _____ Bankleitzahl: _____

bitte wenden

7. Sprechzeiten ab

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Montag: | von: _____ bis: _____ | von: _____ bis: _____ |
| Dienstag: | von: _____ bis: _____ | von: _____ bis: _____ |
| Mittwoch: | von: _____ bis: _____ | von: _____ bis: _____ |
| Donnerstag: | von: _____ bis: _____ | von: _____ bis: _____ |
| Freitag: | von: _____ bis: _____ | von: _____ bis: _____ |
| Samstag: | von: _____ bis: _____ | von: _____ bis: _____ |
| Sonntag: | von: _____ bis: _____ | von: _____ bis: _____ |

8. Mitglied der Laborgemeinschaft: _____
(Anschrift)

9. Ist die Praxis rollstuhlgerecht? _____

Erklärung zur Weitergabe meiner Angaben:

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis, dass meine Angaben (Pkt. 1., 2., 7., 9.) zum Zwecke der Veröffentlichung

- im Ärzteverzeichnis ja
- nein
- "Arztsuche" auf der Website der KVBB ja
- nein
- auf Patientenanfrage ja
- nein

von der KV Brandenburg weitergegeben werden können.

Ort, Datum

Unterschrift/Arztstempel