

**Privatpraxis-Aufnahmebogen**

**Vorname:** .....

**Nachname:** .....

**Geb.-Datum:** .....

**Niederlassung in der Privatpraxis als:**  **Arzt**       **Facharzt**

**im Fachgebiet:** .....

**Schwerpunkt:** .....

**Zusatzbezeichnung:** .....

**Zusätzliche Weiterbildung:** .....

**Praxisaufnahme am:** ..

	<b>Praxisanschrift:</b>	<b>Privatanschrift:</b>
<b>Straße</b>		
<b>PLZ und Ort</b>		
<b>Telefon</b>		
<b>Telefax</b>		
<b>Mobil-Tel.</b>		
<b>E-Mail</b>		
<b>Homepage</b>		

<b>Sprechstunden:</b>						
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag

**und nach Vereinbarung**       **ausschließlich nach Vereinbarung**

**behindertengerechter Eingang \***

**Praxisgemeinschaft mit:** .....

**Die Veröffentlichung in der Arztauskunft Niedersachsen ist gewünscht** ([www.arztauskunftniedersachsen.de](http://www.arztauskunftniedersachsen.de)).       **ja**     **nein**

\*Ist die Praxis barrierefrei? (Bitte vergewissern Sie sich zuvor, ob Sie die Anforderungen erfüllen, vgl. [www.aezq.de/mdb/downloads/kip/allgemeine-gesundheitsthemen/barrierefreie-arztpraxis-kip.pdf](http://www.aezq.de/mdb/downloads/kip/allgemeine-gesundheitsthemen/barrierefreie-arztpraxis-kip.pdf))

**Haftpflichtversicherung (§ 33 Abs. 1 HKG und § 21 Berufsordnung ÄKN)**

- Ich füge einen Nachweis über eine gültige Haftpflichtversicherung bei (Versicherungsschein)
- Ich bin über meinen Arbeitgeber Haftpflicht versichert; ich füge eine Bestätigung bei
- es besteht nach den Grundsätzen der Amtshaftung eine Freistellung

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Name/Unterschrift