

## Privatpraxis-Aufnahmebogen

Nachname:

Vorname:

Geb.-Datum:

Niederlassung in der Privatpraxis als:

Arzt

Facharzt

Im Fachgebiet:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Zusätzliche Weiterbildung:



Praxisaufnahme am:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

	Praxisanschrift:	Privatanschrift:
<b>Straße</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>PLZ &amp; Ort</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Telefon</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Telefax</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Mobil-Tel.</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E-Mail</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Homepage</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sprechstunden:						
Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

und nach Vereinbarung

ausschließlich nach Vereinbarung

**behindertengerechter Eingang \***

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

**Praxisgemeinschaft mit:**

**Die Veröffentlichung in der Arztauskunft Niedersachsen ist gewünscht**

([www.arztauskunftniedersachsen.de](http://www.arztauskunftniedersachsen.de))

**Ja**

**Nein**

**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 einen Nachweis bei

Es besteht nach den Grundsätzen der Amtshaftung eine Freistellung

---

Ort, Datum

Unterschrift