



## Vermittlungsliste für eine zukünftige vertragsärztliche/vertragstherapeutische Tätigkeit

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)  
**Abteilung Praxisberatung**  
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund

**Fax: 0231 / 9 43 28 30 31**  
**E-Mail: praxisberatung@kvwl.de**

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Ich interessiere mich für die Tätigkeit in folgendem/folgenden Fachgebiet/en:

Fachgruppe: \_\_\_\_\_

nur Internisten:

hausärztliche Versorgung

ggf. Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

fachärztliche Versorgung

Welche Kreise bzw. kreisfreien Städte kämen für Sie bei einer zukünftigen vertragsärztlichen/vertragstherapeutischen Tätigkeit in Frage?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bielefeld         | <input type="checkbox"/> Hagen              | <input type="checkbox"/> Münster             |
| <input type="checkbox"/> Bochum            | <input type="checkbox"/> Hamm               | <input type="checkbox"/> Olpe                |
| <input type="checkbox"/> Borken            | <input type="checkbox"/> Herford            | <input type="checkbox"/> Paderborn           |
| <input type="checkbox"/> Bottrop           | <input type="checkbox"/> Herne              | <input type="checkbox"/> Recklinghausen      |
| <input type="checkbox"/> Coesfeld          | <input type="checkbox"/> Hochsauerlandkreis | <input type="checkbox"/> Siegen-Wittgenstein |
| <input type="checkbox"/> Dortmund          | <input type="checkbox"/> Höxter             | <input type="checkbox"/> Soest               |
| <input type="checkbox"/> Ennepe-Ruhr-Kreis | <input type="checkbox"/> Lippe              | <input type="checkbox"/> Steinfurt           |
| <input type="checkbox"/> Gelsenkirchen     | <input type="checkbox"/> Märkischer Kreis   | <input type="checkbox"/> Unna                |
| <input type="checkbox"/> Gütersloh         | <input type="checkbox"/> Minden-Lübbecke    | <input type="checkbox"/> Warendorf           |

In welcher Form haben Sie sich Ihre zukünftige vertragsärztliche/vertragstherapeutische Tätigkeit vorgestellt?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Als eigene Zulassung  | <input type="checkbox"/> Als Anstellung         |
| <input type="checkbox"/> In Einzelpraxis       | <input type="checkbox"/> In Gemeinschaftspraxis |
| <input type="checkbox"/> Als Praxisneugründung | <input type="checkbox"/> Als Praxisübernahme    |
| <input type="checkbox"/> In Vollzeit           | <input type="checkbox"/> In Teilzeit            |
- (im Umfang von zirka \_\_\_\_\_ Std.)

Frühestmöglicher Tätigkeitsbeginn?

- Sofort  Ab dem Jahr \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie uns nachfolgend Ihre derzeitigen Kontaktdaten an, unter der Sie im Rahmen der Praxisvermittlung kontaktiert werden möchten.

Herr  Frau Titel: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Weitergabe meiner Kontaktdaten an potenzielle Praxisabgeber/-innen einverstanden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_