



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 _____