



Vermittlungsliste für eine zukünftige vertragsärztliche/vertragstherapeutische Tätigkeit

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)
Team Nachwuchsförd. und Fördermaßnahmen
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6
44141 Dortmund

Fax: 0231-9432-80402
E-Mail: kosta@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/Mobil: _____

E-Mail: _____

Ich stimme der Weitergabe meiner Kontaktdaten an potentielle Praxisabgeber/-innen zu. Ich kann meine Zustimmung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen. Meine Daten werden maximal für die Dauer von einem Jahr bei der KVWL gespeichert.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____