



Stiftung Gesundheit
Behringstraße 28 a
22765 Hamburg

Arztnummer (LANR): _____

Betriebsstättennummer: _____

Kostenloser Grundeintrag (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Titel _____ Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ E-Mail (für tätigkeitsbezogene Mails) _____

E-Mail (nur für Patienten-Zuweisung, Termin Vereinbarung durch PKV, GKV, Stiftung Gesundheit) _____

Fax _____ Homepage _____

Facharztbezeichnung _____

- Weitere Angaben zur **Lage** (Stadtteil, Zentrum) und **Erreichbarkeit** der Praxis (öffentliche Verkehrsmittel) sowie zu den **Sprechzeiten** habe ich separat beigefügt.
- Ich stehe **Journalisten als Experte** für sachliche Informationen zur Verfügung.
- Ich bin auch als Sachverständiger / Gutachter tätig.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Behindertenparkplätze | <input type="checkbox"/> Zugang barrierefrei | <input type="checkbox"/> WC bedingt barrierefrei |
| <input type="checkbox"/> Zugang ist stufenfrei | <input type="checkbox"/> Untersuchungsmöbel verstellbar | <input type="checkbox"/> WC barrierefrei |
| <input type="checkbox"/> Fahrstuhl rollstuhlgerecht | <input type="checkbox"/> Gebärdensprache | <input type="checkbox"/> Praxis rollstuhlgerecht |
| <input type="checkbox"/> Fahrstuhl barrierefrei | <input type="checkbox"/> Orientierungshilfe für Sehbehinderte | <input type="checkbox"/> Praxis barrierefrei |

Definitionen dazu finden Sie unter www.arzt-auskunft.de → Arzt-Service → Barrierefreie Praxis

Kostenloser Login zum Online-Update

- Bitte senden Sie mir an die o.g. Faxnummer/Adresse kostenlos mein Login für das Online-Update zu.

Schwerpunkte

Hier können Sie Schwerpunkte angeben, unter denen Patienten Ihre Praxis in der Arzt-Auskunft finden sollen. Dies können zum Beispiel Zusatzbezeichnungen, aber auch Diagnose- und Therapieschwerpunkte, Sprachkenntnisse und weitere Qualifikationen sein (ggf. Beiblatt verwenden). Der Kostendeckungsbeitrag pro Schwerpunkt beträgt monatlich **€ 7,70** bei Abbuchung bzw. **€ 8,30** bei Rechnungsstellung (zzgl. ges. MwSt.).

- | | | |
|---------|---------|---------|
| • _____ | • _____ | • _____ |
| • _____ | • _____ | • _____ |
| • _____ | • _____ | • _____ |
| • _____ | • _____ | • _____ |

Zahlungsweise: Rechnungsstellung

Abbuchung von folgendem Konto:

Bank _____ BLZ _____

Konto-Nr. _____

Feld für Praxisstempel

Die Arzt-Auskunft wird getragen und unterstützt von der gemeinnützigen Fördergemeinschaft der Stiftung Gesundheit. Die Gebühren werden erst mit dem Erbringen der Leistung erhoben. Die Adressangaben werden unter Kontrolle der Stiftung Gesundheit gespeichert und öffentlich zugänglich gemacht. Die Kontaktangaben werden von Ihnen hier angegeben, damit dort hin tätigkeitsbezogene E-Mails bzw. Faxschreiben gesandt werden. Die verwaltungsbezogenen Angaben (KtoNr. usw.) werden nicht weitergegeben. Die Teilnahmebedingungen werden auf Anfrage zugesandt, sofern sie nicht vorliegen. Sie können sie auch downloaden unter www.arzt-auskunft.de/agb

Datum

Unterschrift