Die Arzt-Auskunft
am Info-Telefon und im Internet

Stiftung Gesundheit
Behringstraße 28 a
22765 Hamburg

Teilnahmebogen

Fax: 040 / 80 90 87 – 555

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Arztnummer (LANR): _____

Betriebsstättennummer (BSNR): _____

Grundeintrag (kostenlos)

Titel _____ Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ E-Mail (für tätigkeitsbezogene Mails) _____

Fax _____ Homepage _____

Fachgebietsbezeichnung _____

Abrechnungsart ❑ Kasse, Privat und Selbstzahler ❑ nur Privatpatienten/Selbstzahler ❑ Kostenerstattungsverfahren ❑ ermächtigt

Informationen zu Praxis und Services

Weitere Angaben zur Lage (Stadtteil, Zentrum) und Erreichbarkeit der Praxis (öffentliche Verkehrsmittel) sowie zu den Sprechzeiten können im geschützten Bereich der Arzt-Auskunft, oder separat auf einem formlosen Beiblatt ergänzt werden.

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

❑ Bitte senden Sie mir Informationen zu den Anbietern von Online-Termin-Vereinbarungs-Systemen in der Arzt-Auskunft.

Schwerpunkte (kostenpflichtig)

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

- _____ • _____ • _____
- _____ • _____ • _____

Zahlungsweise: ❑ Rechnungsstellung ❑ Abbuchung von folgendem Konto:

IBAN: DE ___ _____ _____ _____ _____ ___ BIC: _____

Feld für Praxisstempel

Arzt-Auskunft wird unterstützt von der gemeinnützigen Fördergemeinschaft der Stiftung Gesundheit. Die Gebühren werden erst mit dem Erbringen der Leistung erhoben. Die Adressangaben werden unter Aufsicht der Stiftung Gesundheit gespeichert und öffentlich zugänglich gemacht. Die Kontaktangaben werden von Ihnen hier angegeben, damit dorthin tätigkeitsbezogene E-Mails bzw. Faxschreiben gesandt werden. Die verwaltungsbezogenen Angaben (KtoNr. usw.) werden nicht veröffentlicht. Die Teilnahmebedingungen werden auf Anfrage zugesandt, sofern sie nicht vorliegen. Sie können sie auch downloaden unter www.arzt-auskunft.de/agb. Widerruf der Einwilligung und sonstige Fragen zum Datenschutz: info@stiftung-gesundheit.de

X _____

Datum, Ort Unterschrift

(Bitte abtrennen)