



Die Arzt-Auskunft
Einmal eingetragen – überall präsent

Ihr Eintrag

Bitte maschinell oder in Druckbuchstaben
ausgefüllt zurücksenden an:

adresredaktion@stiftung-gesundheit.de
oder Fax: 040 / 80 90 87 – 555

Stiftung Gesundheit
Behringstraße 28 a
22765 Hamburg

Telematik ID-Arzt: _____ BSNR: _____
Telematik ID-Praxis: _____ NBSNR: _____
KIM Arzt: _____ LANR/KHANR/ZANR: _____
KIM Praxis: _____ KZV Abrechn.-Nr.: _____

Neueintrag Korrektur Umzug

Grundeintrag (kostenlos)

Praxisname _____

Titel/Anrede _____ Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon ____ / ____ E-Mail (für tätigkeitsbezogene Mails) _____

Fax ____ / ____ Website _____

Fachgebietsbezeichnung _____

Abrechnungsart Kasse (sowie Privat und Selbstzahler) ermächtigt: Kasse, nur für bestimmte Therapien

nur Privatpatienten/Selbstzahler nur Kostenerstattungsverfahren (für gesetzlich Versicherte mit Zustimmung der Krankenkasse)

Öffnungszeiten (kostenlos)

		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
vormittags	von - bis					
nachmittags	von - bis					

Wochenend- und Sondersprechstunden: _____

weitere Sprechzeiten nach Vereinbarung Termin online (über Praxis-Website)
 Termin per Fax Videosprechstunde (über Praxis klären)
 Termine nur nach Vereinbarung Neupatienten Aufnahmestopp

Patientenservices (kostenlos)

Hausarzt/Hausärztin Erinnerung an Vorsorgetermine Zweitmeinung: bereits tätig
 Durchgangsarzt/Durchgangsarztin Hausbesuche Zweitmeinung: Bereitschaft
 mit Bus und Bahn erreichbar WLAN im Wartezimmer Praxisklinik
 Parkplätze nahe der Praxis Services im Wartezimmer

Angaben zur **Barrierefreiheit** (kostenlos)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Behindertenparkplätze | <input type="checkbox"/> ebenerdig oder Aufzug | <input type="checkbox"/> stufenfreier Zugang |
| <input type="checkbox"/> Aufzug ist rollstuhlgerecht | <input type="checkbox"/> Aufzug ist barrierefrei | <input type="checkbox"/> Stühle/Liegen verstellbar |
| <input type="checkbox"/> Praxis ist rollstuhlgerecht | <input type="checkbox"/> WC ist rollstuhlgerecht | <input type="checkbox"/> WC ist vollständig barrierefrei |
| <input type="checkbox"/> Gebärdensprache | <input type="checkbox"/> Orientierungshilfen für Sehbehinderte | |

Angaben zur **Organisation** (kostenlos)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inhaber | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis | <input type="checkbox"/> Hauptbetriebsstätte |
| <input type="checkbox"/> in Praxis angestellt | <input type="checkbox"/> überörtliche Gemeinschaftspraxis | <input type="checkbox"/> Nebenbetriebsstätte |
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft | <input type="checkbox"/> MVZ |
| <input type="checkbox"/> Klinik | <input type="checkbox"/> Praxisnetz | <input type="checkbox"/> überörtliches MVZ |

Online-Zugang (kostenlos)

Unter www.arzt-auskunft-zugang.de können Sie Ihre Angaben zur Adresse, Praxis und zu Ihren Schwerpunkten aktualisieren und Ihren Eintrag durch ein kostenloses Bild sowie weitere fachliche Kompetenzen ergänzen.

- Bitte senden Sie mir meine Zugangsdaten an die oben genannte E-Mailadresse.

Zusätzlich zu der Suche über die Arzt-Auskunft führt die Stiftung Gesundheit auch Studien und Erhebungen durch, leitet Presseanfragen an fachkundige Ärzte weiter, verleiht das Siegel „Dr. Pro Bono“ für ehrenamtliche Arbeit und vieles mehr.

- Bitte weitere Informationen an die genannte E-Mail senden oder an: _____

Schwerpunkte (kostenpflichtig)

Hier können Sie Schwerpunkte angeben, unter denen Patient:innen Ihre Praxis finden sollen. Dies können zum Beispiel Zusatzbezeichnungen/Teilgebietsbezeichnungen sowie auch Diagnose- und Therapieschwerpunkte, Sprachkenntnisse und weitere Qualifikationen sein (ggf. Beiblatt verwenden). Der Kostendeckungsbeitrag pro Schwerpunkt beträgt monatlich Euro 9,30 bei Abbuchung bzw. Euro 10,50 bei Rechnungsstellung (zzgl. ges. MwSt.).

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Zahlungsweise: Rechnungsstellung Abbuchung von folgendem Konto:

IBAN: DE _____ BIC: _____

- Ich wünsche die Rechnung per E-Mail an: _____

Feld für Praxisstempel

Die Arzt-Auskunft wird unterstützt von der gemeinnützigen Fördergemeinschaft der Stiftung Gesundheit. Die Gebühren fallen erst mit Erbringen der Leistung an. Die Adressangaben werden unter Aufsicht der Stiftung Gesundheit gespeichert und öffentlich zugänglich gemacht. An die von Ihnen hier angegebenen Kontaktangaben senden wir tätigkeitsbezogene E-Mails bzw. Faxschreiben. Die verwaltungsbezogenen Angaben (KtoNr. usw.) veröffentlichen wir nicht. Die Teilnahmebedingungen können sie unter www.arzt-auskunft.de/agb downloaden. Auf Anfrage senden wir sie Ihnen per E-Mail zu. Widerruf der Einwilligung und sonstige Fragen zum Datenschutz senden Sie per E-Mail an info@stiftung-gesundheit.de.



Datum, Ort

Unterschrift