

## Datenerhebung Fachärzte

Name der Praxis: \_\_\_\_\_

Inhaber: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_

Öffnungszeiten: \_\_\_\_\_

**Datenerhebungsbogen senden an:**

BLB Tourismus  
i.A. Lisa Born  
embe consult  
Im Gunzetal 16  
57319 Bad Berleburg  
Mail: [info@blb-gesund.de](mailto:info@blb-gesund.de)  
Telefon: 02751 920776-12

Facharztbezeichnung:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin                      | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin     |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde                        | <input type="checkbox"/> Naturheilverfahren            |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie                             | <input type="checkbox"/> Neurologie                    |
| <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe      | <input type="checkbox"/> Orthopädie                    |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde             | <input type="checkbox"/> Osteopathie                   |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin                        | <input type="checkbox"/> Psychologische Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Kardiologie                           | <input type="checkbox"/> Schmerztherapie               |
| <input type="checkbox"/> Lymphologie                           | <input type="checkbox"/> Urologie                      |
| <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie                      | <input type="checkbox"/> Zahnmedizin                   |
| <input type="checkbox"/> Weitere Fachgebiete und Schwerpunkte: |  |

\_\_\_\_\_

Zusatz-Weiterbildung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Therapieschwerpunkt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IGe-Leistungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zulassung:

KV/KZV  PKV

.....  
Ort, Datum

.....  
Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass die Angaben fachlich und rechtlich korrekt sind.