

Datenerhebung Fachärzte

Name der Praxis: _____

Inhaber: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Homepage: _____

Mailadresse: _____

Öffnungszeiten: _____

Datenerhebungsbogen senden an:

BLB Gesund
Marion Noelling
Stadt Bad Berleburg
Poststr. 42
57319 Bad Berleburg
Mail: info@blb-gesund.de
Telefon: 02751 923 210

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.