

Stempelmuster

1. Einzelpraxis eines Arztes

Betriebsstättennummer:

Titel, Vor- und Nachname:

Fachgebietsbezeichnung:

Schwerpunktbezeichnung:

(sofern zulassungsrechtlich geführt)

Zusatzbezeichnung (optional):

Straße und Hausnummer:

PLZ und Praxisort:

Telefon, Fax, Email (optional)

| |
|--|
| 40 XXXXX 00 |
| Dr. med. Hans Mustermann |
| Facharzt für Innere Medizin Gastroenterologie |
| Diabetologie |
| Musterstraße 100 |
| XXXXX Musterstadt |
| 069-12345 |

2. Einzelpraxis eines Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

Betriebsstättennummer:

Titel, Vor- und Nachname:

Fachgebietsbezeichnung:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Praxisort:

Telefon, Fax, Email (optional)

| |
|--|
| 40 XXXXX 00 |
| Dipl.-Psych. Claudia Mustermann |
| Psychologische Psychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeutin |
| Musterstraße 100 |
| XXXXX Musterstadt |
| 069-12345 |

3. Angestellter Arzt

Betriebsstättennummer:

Titel, Vor- und Nachname:

Fachgebietsbezeichnung:

Titel, Vor- und Nachname:

Fachgebietsbezeichnung:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Praxisort:

Telefon, Fax, Email (optional)

| |
|---|
| 40 XXXXX 00 |
| Dr. med. Karin Musterfrau Fachärztin für Innere Medizin |
| Dr. med. Hans Mustermann Angestellter Facharzt für Innere Medizin oder: Facharzt für Innere Medizin -Angestellter Arzt- |
| Musterstraße 100 |
| XXXXX Musterstadt |
| 069-12345 |

Stempelmuster

4a. Berufsausübungsgemeinschaft - gleiches Fachgebiet:

Betriebsstättennummer:

Kooperationsform:

Titel, Vor- und Nachname:

Titel, Vor- und Nachname:

Fachgebietsbezeichnungen:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Praxisort:

Telefon, Fax, Email (optional)

| |
|---|
| 40 XXXXX 00 |
| Berufsausübungsgemeinschaft |
| Dr. med. Karin Musterfrau Dr. med. Hans Mustermann |
| Fachärzte für Innere Medizin |
| Musterstraße 100 |
| XXXXX Musterstadt |
| 069-12345 |

4b. Berufsausübungsgemeinschaft - unterschiedliche Fachgebiete:

Betriebsstättennummer:

Kooperationsform:

Titel, Vor- und Nachname:

Fachgebietsbezeichnung:

Titel, Vor- und Nachname:

Fachgebietsbezeichnung:

Schwerpunktbezeichnung:
(wenn zulassungsrechtlich geführt)

Straße und Hausnummer:

PLZ und Praxisort:

Telefon, Fax, Email (optional)

| |
|--|
| 40 XXXXX 00 |
| Berufsausübungsgemeinschaft |
| Dr. med. Karin Musterfrau Fachärztin für Innere Medizin |
| Dr. med. Hans Mustermann Facharzt für Innere Medizin Kardiologie |
| Musterstraße 100 |
| XXXXX Musterstadt |
| 069-12345 |

4c. Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

Haupt-Betriebsstättennummer:

Kooperationsform:

Titel, Vor- und Nachname:

Titel, Vor- und Nachname:

Fachgebietsbezeichnungen:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Praxisort der Hauptbetriebsstätte

PLZ und Praxisort der Nebenbetriebsstätte
(optional)

Telefon, Fax, Email (optional)

| |
|---|
| 40 XXXXX 00 |
| Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft |
| Dr. med. Karin Musterfrau Dr. med. Hans Mustermann |
| Fachärzte für Innere Medizin |
| Musterstraße 100 |
| XXXXX Musterstadt |
| Standort: Schulstraße 1, XXXXX Musterstadt |
| 069-12345 |

Stempelmuster

4. Medizinisches Versorgungszentrum

Betriebsstättennummer:

Kooperationsform und
Ggf. Eigennamen

Titel, Vor- und Nachname:
Fachgebietsbezeichnung:

Titel, Vor- und Nachname:
Fachgebietsbezeichnung:
Schwerpunktbezeichnung:
(wenn zulassungsrechtlich geführt)

Straße und Hausnummer:

PLZ und Praxisort:

Telefon, Fax, Email (optional)

| |
|--|
| 40 XXXXX 00 |
| Medizinisches Versorgungszentrum Orthopaedicum Musterstadt GbR |
| Dr. med. Karin Musterfrau Fachärztin für Innere Medizin |
| Dr. med. Hans Mustermann Facharzt für Innere Medizin Kardiologie |
| Musterstraße 100 |
| XXXXX Musterstadt |
| 069-12345 |

7. Ärztlicher Bereitschaftsdienst

ÄBD-Betriebsstättennummer:

Titel, Vor- und Nachname:

Gebietsbezeichnung bzw.
Berufsbezeichnung
Ggf. Schwerpunktbezeichnung

Wenn Facharztanerkennung vorhanden ist, wird
die Berufsbezeichnung „Arzt/Ärztin“ aufgenommen.
Sollte ein Arzt ohne Facharztanerkennung die
Zusatzbezeichnung Notfallmedizin erworben
haben, wird dies auf Stempel mit aufgeführt:
ÄBD-Zentrale

Anschrift ÄBD-Zentrale
(Straße und Hausnummer
PLZ und Ort)

Telefon des Arztes oder 116 117(optional)

| |
|---------------------------------------|
| 40 XXXXX 00 |
| Dr. med. Hans Mustermann |
| Facharzt für ... oder „Arzt“ |
| ÄBD Musterstadt |
| Musterstraße 100 XXXXX Musterstadt |
| 069-12345 oder 116 117 |

8. (Ermächtigter) Arzt/Psychotherapeut am Krankenhaus

Betriebsstättennummer:

Titel, Vor- und Nachname:

Fachgebietsbezeichnung:

Name des Krankenhauses:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Praxisort:

Telefon, Fax, Email (optional)

| |
|--------------------------|
| 40 XXXXX 00 |
| Dr. med. Hans Mustermann |
| Facharzt für Chirurgie |
| Krankenhaus Musterstadt |
| Musterstraße 100 |
| XXXXX Musterstadt |
| 069-12345 |