

Terminmeldung an die Terminservicestelle

- Haus- und Fachärzte -

Bitte füllen Sie das Formular in Druckbuchstaben für **jeden Arzt/jede Ärztin** in der Praxis separat aus, und senden Sie dieses per Fax an **040 / 22 802 - 885** oder per E-Mail an **infocenter@kvvh.de**.

Nachname: _____

Vorname: _____

LANR: _____

Fachgruppe: _____

Adresse der Betriebsstätte: _____
(für die die Termine gelten)

BSNR: _____

Tel. oder E-Mail: _____
(für evtl. Rückfragen)

Stempel

Bitte melden Sie mind. einen Termin pro Arzt und Monat. Endokrinologen, Psychiater und Neurologen melden mind. zwei Termine pro Monat. Rheumatologen müssen mind. drei Termine pro Monat melden. Es steht Ihnen frei, weitere Termine zur Verfügung zu stellen. Bitte beachten Sie, dass gemeldete Termine verbindlich sind. Termine sollten mindestens vier Wochen im Voraus gemeldet werden.

Datum	Uhrzeit	Datum	Uhrzeit	Datum	Uhrzeit
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr
	___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr		___ : ___ Uhr

ODER

Wenn Sie keine einzelnen Termine, sondern einen regelmäßigen Termineintrag (z. B. jeden Dienstag) wünschen, teilen Sie uns dies hier bitte mit.

Wochentag: _____

Uhrzeit: _____ : _____ Frequenz: täglich wöchentlich 14-tägig monatlich