

Meldung

zur Erfassung von Praxismgemeinschaften (§ 33 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Diese Meldung senden Sie bitte vor Praxisbeginn zurück an:

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Abteilung Sicherstellung/ Arztregister
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

oder per Fax an: 0391 / 627 8544

Benennen Sie bitte im Folgenden, die in der Praxismgemeinschaft teilnehmenden Ärzte/
Psychotherapeuten und kreuzen Sie das für Sie Zutreffende an:

Beginn der Praxismgemeinschaft:

Die Praxismgemeinschaft betrifft die gemeinsame Nutzung von:

- Personal
- Apparaten
- Räumen
- Labor

1. Name, Vorname	.....	_____
BSNR	.....
LANR	.....	Unterschrift
2. Name, Vorname	.....	_____
BSNR	.....
LANR	.....	Unterschrift
3. Name, Vorname	.....	_____
BSNR	.....
LANR	.....	Unterschrift
4. Name, Vorname	.....	_____
BSNR	.....
LANR	.....	Unterschrift
5. Name, Vorname	.....	_____
BSNR	.....
LANR	.....	Unterschrift