

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg  
Medizinische Fakultät, Institut für Allgemeinmedizin  
Haus 40, Ebene 6, Leipziger Str. 40, 39120 Magdeburg

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Medizinische Fakultät, Institut für Allgemeinmedizin  
Magdeburger Straße 8, 06112 Halle (Saale)

## Informationen/ Änderungsanzeige\* für die Kompetenzzentren Allgemeinmedizin

### - Ambulante Einrichtungen -

**Name der Arztpraxis / Gemeinschaftspraxis\*\*:**

**LANR:**

**Nebenbetriebsstätte:**

**Anschrift:**

\_\_\_\_\_

**Telefon / Fax:**

\_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:**

\_\_\_\_\_

**Internetadresse:**

\_\_\_\_\_

**Weiterbildungsbefugnis:**

ja

nein

**Umfang (Monate):**

\_\_\_\_\_

**Stellen für Ärzte in Weiterbildung:**

Zeitraum (von-bis)	Anzahl besetzter Stellen	Anzahl freier Stellen

**Anzahl der Sprechzimmer:**

\_\_\_\_\_

**Ausstattung der Praxis (z. B. EKG, Sonographie etc.):**

\_\_\_\_\_

\* Bitte informieren Sie uns über relevante Änderungen in Ihrer Praxis mit diesem Datenblatt.

\*\* Bei Gemeinschaftspraxen benötigen wir bitte von jedem Arzt mit Befugnis dieses Datenblatt.

**Verkehrsanbindung (z. B. Bahn / PKW):**ÖPNV: ja nein Dienstfahrzeug: ja nein **Unterkunftsmöglichkeiten:****Möglichkeiten der Kinderbetreuung:**Kinderkrippe/ Kindergarten: ja nein Schulangebote: ja nein **Schulformen:****Erfahrungen mit Studierenden / Ärzten in Weiterbildung (ÄiW):**Famulatur Praktisches Jahr Blockpraktikum ÄiW **Wunsch zur Praxisabgabe innerhalb der nächsten 5 Jahre?:**ja nein **Falls ja, zu welchem Zeitpunkt?:****Spätere Anstellung möglich?:**ja nein **Ab wann?:**


---



---



---

**Sonstiges (Anmerkungen, Hinweise,...)**


---



---



---

**Vielen Dank im Voraus für Ihre Unterstützung!**

Ich bin damit einverstanden, dass die gemachten Angaben in die von den Kompetenzzentren Magdeburg und Halle gemeinsam genutzte Datenbank eingepflegt werden und die Kompetenzzentren die Angaben bei entsprechenden Anfragen hinsichtlich einer Weiterbildung an Ärzte in Weiterbildung weitergeben können. Die Freigabe kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (Stempel)KVSA: E-Mail: Katrin.Mensing@kvsda.de; Fax-Nr.: 0391 627-8436 **oder**KOMPAS Halle (Saale): E-Mail: kompetenzzentrum.allgemeinmedizin@uk-halle.de; Fax-Nr.: 0345 557-1609 **oder**

KOMPAS Magdeburg: E-Mail: kompetenzzentrum.allgemeinmedizin@med.ovgu.de; Fax-Nr.: 0391 67-21010