

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: [Katrין.Mensing@kvsa.de](mailto:Katrין.Mensing@kvsa.de); Fax-Nr.: 0391 627-8436 **oder**  
KOMPAS Halle (Saale): E-Mail: [kompetenzzentrum.allgemeinmedizin@uk-halle.de](mailto:kompetenzzentrum.allgemeinmedizin@uk-halle.de); Fax-Nr.: 0345 557-1609 **oder**  
KOMPAS Magdeburg: E-Mail: [kompetenzzentrum.allgemeinmedizin@med.ovgu.de](mailto:kompetenzzentrum.allgemeinmedizin@med.ovgu.de); Fax-Nr.: 0391 67-21010