



Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Bezirksgeschäftsstelle Dresden  
Abteilung Sicherstellung  
Postfach 10 06 41  
01076 Dresden

Fax-Nr. 0351 8828 199

Posteingangsstempel

## AUFNAHMEFORMULAR PRAXIS- UND STELLENBÖRSE – GESUCHE

**Fachrichtung** \_\_\_\_\_

**ggf. Schwerpunkt** \_\_\_\_\_

**Versorgungsbereich** (bitte ankreuzen bei Internisten)     hausärztlich     fachärztlich

**Suche<sup>1</sup>:**

- Übernahme einer Einzelpraxis
- Anteil in einer Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis/Medizinisches Versorgungszentrum)
- Übernahme eines halben Praxissitzes
- Anstellung                                       Vollzeit     Teilzeit
- Tätigkeit einer Praxisvertretung

Wunschtermin für eine Praxisübernahme/-kooperation/Anstellung: \_\_\_\_\_

Tätigkeitsaufnahme ist geplant im Planungsbereich: \_\_\_\_\_

ggf. Ort: \_\_\_\_\_

(bei mehreren Planungsbereichen bitte Ankreuzfelder verwenden)

- Dresden-Stadt                                       Bautzen                                       Meißen
- Riesa-Großenhain                                       Löbau-Zittau                                       Sächsische Schweiz
- Weißeritzkreis                                       Hoyerswerda-Stadt/Kamenz
- Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

<sup>1</sup> Mehrfachnennung möglich

**Profil** (z.B. bisherige Tätigkeiten, Zusatzbezeichnung → Qualifikationsnachweis in Kopie):

---

---

---

**sonstige Bemerkungen:**

---

---

---

**Angaben zur Person:**

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Kontaktadresse:

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Die Veröffentlichung Ihrer Anzeige erfolgt auf der Internetseite der KV Sachsen ([www.kvs-sachsen.de](http://www.kvs-sachsen.de)) in der Regel mit einer Registriernummer. Ihre persönlichen Daten können durch den Interessenten bei der Bezirksgeschäftsstelle telefonisch oder per E-Mail erfragt werden. Dem Interessenten werden Ihr Name und Ihre E-Mailadresse mitgeteilt.

Ich wünsche die Veröffentlichung meiner persönlichen Daten (Name und E-Mailadresse) im Internetauftritt der KV Sachsen ([www.kvs-sachsen.de](http://www.kvs-sachsen.de)).

**Ansprechpartner für Rückfragen:**

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Tel./Mobil \_\_\_\_\_

**Anmerkungen:**

Ich bin im Arztregister der KV \_\_\_\_\_ unter der Nummer (ENR) \_\_\_\_\_ eingetragen. Eine Kopie des Arztregisterauszuges ist beigelegt.

Ich bin nicht im Arztregister eingetragen. Eine Kopie der Approbations- und Facharzturkunde (für Psychoth.: Fachkundenachweis) ist beigelegt.

**Dauer der Veröffentlichung:**

Ich wünsche die Veröffentlichung der Anzeige für

- 3 Monate
- 6 Monate.

Die bei uns eingetragenen persönlichen Daten werden entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen nur durch die Mitarbeiter des Bereichs Sicherstellung der KVS an Ärzte/Psychotherapeuten weiter gegeben.

**Ich stimme der Veröffentlichung meiner Daten im Internetauftritt der KV Sachsen ([www.kvs-sachsen.de](http://www.kvs-sachsen.de)) sowie der Weitergabe meines Namens und meiner E-Mail-Adresse an Interessenten zu.**

---

Datum, Unterschrift

Hinweis: Bitte haben Sie Verständnis, dass die Veröffentlichung Ihres Anzeigewunsches einige Tage in Anspruch nehmen wird. Sobald die Anzeige freigeschalten ist, erhalten Sie von uns per E-Mail eine Benachrichtigung.