

Fax – Arztsuche für die Website

Angaben zur Person *(wird nicht veröffentlicht)*

Herr Frau Titel _____
 Vorname _____ Nachname _____

Angaben zur Praxis *(wird veröffentlicht)*

Praxisname _____
 Adresse _____
 PLZ _____ Ort _____
 Telefon _____ Fax _____
 Email _____ Homepage _____

Angabe der nach Weiterbildungsordnung erworbenen Bezeichnungen und nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen.

Die nach Absatz 4 Nr. 1 erworbenen Bezeichnungen dürfen nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form geführt werden. Ein Hinweis auf die verleihende Ärztekammer ist zulässig. Andere Qualifikationen und besondere Leistungsangebote nach eigenen Angaben dürfen nur angekündigt werden, wenn diese Angaben nicht mit solchen nach geregelter Weiterbildung erworbenen Qualifikationen verwechselt werden können. Die Angaben nach Absatz 4 Nrn. 1 und 2 sind nur zulässig, wenn die Ärztin/der Arzt die umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt. Siehe Berufsordnung § 27 Berufliche Kommunikation.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Urologische Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Vorsorge/Prävention |
| <input type="checkbox"/> Ambulante Operationen | <input type="checkbox"/> Kinderurologie |
| <input type="checkbox"/> Andrologie | <input type="checkbox"/> Sexualmedizin |
| <input type="checkbox"/> Urologie für Frauen | <input type="checkbox"/> stationäre Operationen |

Besondere Leistungsangebote nach eigenen Angaben *(Max. 3)*

Darüber hinaus ist die Angabe von maximal drei weiteren Praxisschwerpunkten möglich, die als „Besondere Leistungsangebote nach eigenen Angaben“ gekennzeichnet werden und folgende Bedingungen erfüllen müssen: Zur Ankündigung dieser Angaben ist berechtigt, wer diese Leistung/en seit mindestens zwei Jahren in erheblichem Umfange erbringt und dies auf Verlangen der Ärztekammer nachweisen kann. Siehe Berufsordnung § 27 Berufliche Kommunikation.

1. _____
2. _____
3. _____

Organisatorische Hinweise

1. _____
2. _____
3. _____

Sprechzeiten

- Montag _____
- Dienstag _____
- Mittwoch _____
- Donnerstag _____
- Freitag _____
- Samstag _____

und nach Vereinbarung

- Hiermit bestätige ich die sachliche Richtigkeit meiner Angaben.
- Ich stimme einer Veröffentlichung meiner Daten in der Arztsuche der Uro-GmbH-Website zu.

Praxisstempel

Unterschrift

Bitte zurück via Fax:

05085 - 98 171 - 01

Telefon für Rückfragen:

05085 - 98 171 - 02

Oder zurück via Post:

komm | public! Gesunde PR für die Medizinbranche
Ahornallee 7a, 31303 Burgdorf/Ramlingen