

Angaben für das Patienteninformationssystem

Name: Vorname:

Akademischer Grad/Titel:

Niederlassung:

Straße:

Postleitzahl/Ort:

Telefon: Telefax:

E-Mail:

Internet:

Öffnungszeiten:

Montag: von bis von bis

Dienstag: von bis von bis

Mittwoch: von bis von bis

Donnerstag: von bis von bis

Freitag: von bis von bis

Samstag: von bis von bis

Organisatorische Hinweise:

Diese Angaben beruhen allein auf den eigenen Angaben bzw. Einschätzungen des Arztes; die Sächsische Landesärztekammer hat die Richtigkeit nicht überprüft. Hier sind z. B. Angaben zur Barrierefreiheit, zu Fremdsprachenkenntnissen, zur Verkehrsanbindung möglich.

.....
.....
.....
.....

Bitte **insgesamt nicht mehr als 5 Arbeitsbereiche** (Schwerpunkt-, Zusatzbezeichnungen, öffentlich-rechtliche Qualifikationen und Tätigkeitsschwerpunkte) **neben der (Fach-) Arztbezeichnung** angeben:

Nach der Weiterbildungsordnung einer Ärztekammer erworbene Bezeichnungen:
Diese Angaben des Arztes sind von der Sächsischen Landesärztekammer auf ihre Richtigkeit überprüft worden.

Fachgebiet(e): oder **Arzt/Ärztin**
.....

Schwerpunkt(e):
.....

Zusatzbezeichnung(en):
.....
.....

Nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen:
.....
.....
.....
.....

Tätigkeitsschwerpunkte:
Diese Angaben beruhen allein auf den eigenen Angaben bzw. Einschätzungen des Arztes; die Sächsische Landesärztekammer hat die Richtigkeit nicht überprüft.

.....
.....
.....
.....
.....

Einwilligungserklärung

Ich erkläre hiermit bis auf Widerruf mein Einverständnis, dass ich im Internet-Angebot der Sächsischen Landesärztekammer – Patienteninformationssystem – mit den oben genannten, mich betreffenden Angaben, aufgeführt werde.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Stempel, Unterschrift)