

Kontaktaufnahmeformular
 zur Unterstützung der allgemeinmedizinischen Lehre an der
 Medizinischen Fakultät
 „Klasse Hausärzte (m, w, d)“ – KLAHA

Titel, Name, Vorname	
Facharztbezeichnung(en)	
Zusatzbezeichnung(en) / Schwerpunkte	
Praxisart	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> MVZ
Patient*innen pro Quartal	<input type="checkbox"/> >300 <input type="checkbox"/> >600 <input type="checkbox"/> >900
Praxis Anschrift / Stempel	
<i>Bitte teilen Sie uns zur persönlichen Kontaktaufnahme und Koordination eines Praxisbesuchs Folgendes mit:</i>	
Telefon-Nr. (Mobil/Direktdurchwahl)*	bestenfalls Praxisinhaber*in:
E-Mail-Adresse	
Bemerkungen	

* Nur zur persönlichen Kontaktaufnahme, es erfolgt keine Weitergabe dieser Daten!

Bitte ausgefüllt per Fax senden an: 0391 67-290200