

Fragebogen zur Arztsuche auf der Website der GAÄD

- Formular am Computer ausfüllen und per E-Mail zusenden oder ausdrucken und faxen.
- Oder leeres Formular ausdrucken, **leserlich** ausfüllen und faxen.
- Verwenden Sie für das Ausfüllen des Formulars auch auf Mac-Rechnern das Programm Adobe Reader. Das Apple-Programm Preview ist dafür nicht geeignet.

A Neuantrag oder Korrektur

Korrektur eines bestehenden Eintrags

Antrag auf Aufnahme in die Arztsuche

Datum

im Format TT.MM.JJJJ

Adress-Nr. – nicht ausfüllen

B Name und Titel

Genauere Titelbezeichnung, z.B. Dr. med., Dr. med. univ., Dr. med. dent., M.D., M.Sc.

Herr

Frau

Titel

Name

Vorname

C Private Daten zur Person – werden nicht veröffentlicht

Geburtsdatum

Geburtsort

Approbationsjahr

Approb.-Ort

Strasse

Telefon

Adreßzusatz

Telefax

PLZ - Ort

Mobiltelefon

Land

E-Mail privat

D Angaben zur Praxis

Kassenpraxis

Als Schularzt tätig

Privatpraxis

In Therapeutikum tätig

In Klinik tätig

In MVZ tätig

Sprechstunde in der Klinik: Kassenberechtigung

Sprechstunde in der Klinik: privat

Beispiel: Gemeinschaftspraxis für Frauenheilkunde, Praxis A. Müller und B. Meyer, Name des MVZ – max. 50 Zeichen

Name der Praxis od.

Klinik/Abteilung

Straße und ggf.

Adreßzusatz

PLZ und Ort

Telefon Praxis

Fax Praxis

Mobilnummer

darf in der Arztsuche veröffentlicht werden

E-Mail-Adresse

darf in der Arztsuche veröffentlicht werden

Homepage

G Qualifikation: Zusatzbezeichnung

Es dürfen nur von Landesärztekammern verliehene Zusatzbezeichnungen angekreuzt werden.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 10 Akupunktur | <input type="checkbox"/> 50 Onkologie |
| <input type="checkbox"/> 12 Allergologie | <input type="checkbox"/> 52 Palliativmedizin |
| <input type="checkbox"/> 14 Andrologie | <input type="checkbox"/> 54 Proktologie |
| <input type="checkbox"/> 16 Betriebsarzt für Infektionsschutz | <input type="checkbox"/> 56 Psychoanalyse |
| <input type="checkbox"/> 18 Betriebsmedizin | <input type="checkbox"/> 58 Psychologische Psychotherapie - Psychoanalyse |
| <input type="checkbox"/> 20 Chirotherapie | <input type="checkbox"/> 60 Psychologische Psychotherapie - Tiefenpsychologie |
| <input type="checkbox"/> 22 Geriatrie | <input type="checkbox"/> 62 Psychologische Psychotherapie - Verhaltenstherapie |
| <input type="checkbox"/> 24 Homöopathie | <input type="checkbox"/> 64 Psychoonkologie |
| <input type="checkbox"/> 26 Kinder- und Jugendpsychotherapie | <input type="checkbox"/> 66 Psychosomatische Grundversorgung |
| <input type="checkbox"/> 28 Kinder-Endokrinologie | <input type="checkbox"/> 68 Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> 30 Kinder-Gastroenterologie | <input type="checkbox"/> 70 Rehabilitationswesen |
| <input type="checkbox"/> 32 Kinder-Onkologie | <input type="checkbox"/> 72 Schlafmedizin |
| <input type="checkbox"/> 34 Kinder-Orthopädie | <input type="checkbox"/> 74 Schmerztherapie |
| <input type="checkbox"/> 36 Kinder-Rheumatologie | <input type="checkbox"/> 78 Sozialmedizin |
| <input type="checkbox"/> 38 Labormedizin | <input type="checkbox"/> 80 Sportmedizin |
| <input type="checkbox"/> 40 Manuelle Medizin/Chirotherapie | <input type="checkbox"/> 82 Suchtmedizinische Grundversorgung |
| <input type="checkbox"/> 42 Naturheilverfahren | <input type="checkbox"/> 84 Tropenmedizin |
| <input type="checkbox"/> 44 Neonatologie | <input type="checkbox"/> 88 Umweltmedizin |
| <input type="checkbox"/> 46 Neuropädiatrie | |
| <input type="checkbox"/> 48 Notfallmedizin | |

Andere Zusatzbezeichnung – bitte genaue Bezeichnung der Landesärztekammer angeben

H Eigene Tätigkeitsschwerpunkte*

* Es dürfen maximal fünf Tätigkeitsschwerpunkte angekreuzt werden. Die Tätigkeitsschwerpunkte beruhen auf einer Selbsteinschätzung und erfordern keine von der Ärztekammer oder der GAÄD anerkannte und geprüfte Qualifikation

- | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10 | ADS/ADHS | <input type="checkbox"/> 40 | Kinder- und Jugendgynäkologie |
| <input type="checkbox"/> 12 | Akupunktur | <input type="checkbox"/> 42 | Kinderheilkunde |
| <input type="checkbox"/> 14 | Biographiearbeit | <input type="checkbox"/> 44 | Lymphologie |
| <input type="checkbox"/> 16 | Dermatologie | <input type="checkbox"/> 46 | Manualtherapie |
| <input type="checkbox"/> 18 | Diabetologie | <input type="checkbox"/> 47 | Misteltherapie |
| <input type="checkbox"/> 20 | Entwicklungsstörungen | <input type="checkbox"/> 48 | Naturheilkunde |
| <input type="checkbox"/> 22 | Ernährungsmedizin | <input type="checkbox"/> 50 | Neurologie |
| <input type="checkbox"/> 24 | Familienmedizin | <input type="checkbox"/> 52 | Onkologie |
| <input type="checkbox"/> 26 | Frauenheilkunde | <input type="checkbox"/> 54 | Palliativmedizin |
| <input type="checkbox"/> 28 | Geriatric | <input type="checkbox"/> 56 | Psychosomatik |
| <input type="checkbox"/> 30 | Heileurythmie | <input type="checkbox"/> 58 | Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> 32 | Heilpädagogik | <input type="checkbox"/> 60 | Rheumatologie |
| <input type="checkbox"/> 34 | Hepatitis-Behandlung | <input type="checkbox"/> 62 | Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> 36 | Herzauskultation nach Dr. Appenzeller | <input type="checkbox"/> 64 | Schularzt |
| <input type="checkbox"/> 38 | Homöopathie | <input type="checkbox"/> 66 | Suchtmedizin |
| <input type="checkbox"/> 39 | Hyperthermie | <input type="checkbox"/> 68 | Umweltmedizin |

J Sprachen

- | | | | | | |
|-----------------------------|---------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> AR | Arabisch | <input type="checkbox"/> FR | Französisch | <input type="checkbox"/> PL | Polnisch |
| <input type="checkbox"/> BE | Weissrussisch | <input type="checkbox"/> GA | Irish | <input type="checkbox"/> PT | Portugiesisch |
| <input type="checkbox"/> BG | Bulgarisch | <input type="checkbox"/> HE | Hebräisch | <input type="checkbox"/> RO | Rumänisch |
| <input type="checkbox"/> CS | Tschechisch | <input type="checkbox"/> HR | Kroatisch | <input type="checkbox"/> RU | Russisch |
| <input type="checkbox"/> DA | Dänisch | <input type="checkbox"/> HU | Ungarisch | <input type="checkbox"/> SK | Slowakisch |
| <input type="checkbox"/> DE | Deutsch | <input type="checkbox"/> IT | Italienisch | <input type="checkbox"/> SL | Slowenisch |
| <input type="checkbox"/> EL | Griechisch | <input type="checkbox"/> JA | Japanisch | <input type="checkbox"/> SR | Serbisch |
| <input type="checkbox"/> EN | Englisch | <input type="checkbox"/> LV | Lettisch | <input type="checkbox"/> SV | Schwedisch |
| <input type="checkbox"/> ES | Spanisch | <input type="checkbox"/> MK | Mazedonisch | <input type="checkbox"/> TR | Türkisch |
| <input type="checkbox"/> ET | Estnisch | <input type="checkbox"/> NL | Holländisch | <input type="checkbox"/> UK | Ukrainisch |
| <input type="checkbox"/> FI | Finnisch | <input type="checkbox"/> NO | Norwegisch | <input type="checkbox"/> ZH | Chinesisch |

K Lehre und Ausbildung

Inwiefern beteiligen Sie sich an der Ausbildung von Ärzten?

Weiterbildungsermächtigung	2 Jahre	1,5 Jahre	1 Jahr	6 Monate
----------------------------	---------	-----------	--------	----------

Details zur Ermächtigung z.B.
bei mehrfacher Ermächtigung

Famulatur	JA	NEIN
-----------	----	------

Hospitation/Praktikum	JA	NEIN
-----------------------	----	------

PJ-Studenten	JA	NEIN
--------------	----	------

Akad. Lehrpraxis der Universität

L Vertrag integrierte Versorgung Anthroposophische Medizin

Ich interessiere mich für den Vertrag *Integrierte Versorgung Anthroposophische Medizin*, bitte senden Sie mir Unterlagen zu. Weitere Informationen unter www.gaed.de/integrierte-versorgung.

M Hinweistext

Im folgenden Feld können Sie einen Freitext eingeben, der in Ihrem Profil der Arztsuche veröffentlicht wird. Dabei kann es sich um jegliche Information handeln, die für Patienten nützlich ist, z.B. eine Wegbeschreibung. In das Textfeld können Sie max. 250 Zeichen eingeben. Bitte schreiben Sie einen fortlaufenden Text ohne Zeilenschaltungen.

Wenn Sie das Formular am Computer ausgefüllt haben, können Sie es nun speichern und für Ihre eigenen Unterlagen ausdrucken.

- Bitte versenden Sie dieses Formular nach Fertigstellung bevorzugt per E-Mail an arztsuche@gaed.de durch Klick auf den Button rechts
- Oder übermitteln Sie den Ausdruck des Formulars per Fax an **(089) 716 77 76-49**
- Oder drucken Sie das Formular aus und senden Sie es per Post an:
Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte (GAÄD)
Herzog-Heinrich-Straße 18
80336 München