

Zur Speicherung Ihrer Daten bitten wir um sorgfältige Beantwortung dieses Fragebogens in deutlicher Schrift.



Vorname: _____ Name: _____

Akad. Grad: _____ Geburtstag: _____

Geschlecht: w: m:

EFN-Nr.: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: (_____) _____ Fax: (_____) _____

E-Mail: _____

Praxisanschrift/Anschrift des Arbeitgebers:

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: (_____) _____ Fax: (_____) _____

E-Mail: _____ Internet: _____

An welche Anschrift sollen Aussendungen (z. B. HNO-Mitteilungen) geschickt werden?

Privat Praxis/Klinik

**An welche Anschrift sollen unsere Rundschreiben geschickt werden?
Bitte nur eine Versandart angeben.**

Privat/E-Mail Praxis/Klinik/E-Mail

Mit der Veröffentlichung meiner Neuaufnahme in den HNO-Mitteilungen bin ich einverstanden

ja nein



Facharztanerkennung HNO: ja nein

andere Facharztanerkennung: welche?

In Weiterbildung zum HNO-Arzt:
(Erklärung an Eides statt ist erforderlich.) ja nein

HNO-Arzt im Angestellten-/Zeitbeamtenverhältnis

- Klinik: ja nein
- Med. Versorgungszentrum: ja nein
- Praxis: ja nein

niedergelassen: ja nein

mit Belegbetten: ja nein

Ambulantes Operieren: ja nein

Chefarzt: ja nein

Gemeinschaftspraxis: ja nein

Anzahl der Partner: _____

Weiterbildungsberechtigung: ja nein

für wie viel Jahre? _____

Zusatzbezeichnungen:

Stimm- u. Sprachstörungen: ja nein

Plastische Operationen: ja nein

Allergologie: ja nein

Chirotherapie: ja nein

Homöopathie: ja nein

Phoniatrie/Pädaudiologie: ja nein

Röntgentätigkeit: ja nein

mit eigener Apparatur: ja nein

.....
(Ort/Datum)

.....
(Stempel/Unterschrift)