

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



Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Akad. Grad: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Geschlecht: w:  m:

**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

**An welche Anschrift sollen unsere Rundschreiben geschickt werden?**

Bitte nur eine Versandart angeben.

Privat/E-Mail  Praxis/E-Mail  
 Privat/Post  Praxis/Post

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: 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)