



per eMail an: dr.fodor@health-escort.com  
per Telefax an: (030) 78 95 18 62  
per Post an:

**HEALTH + ESCORT**

Herrn Dr. med. László Fodor - persönlich  
Mehringdamm 40  
D - 10961 Berlin

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen:

Fachärztin/arzt für:

Nachname:

Vorname:

Anrede / Titel:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Straße Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort:

Telefon privat:

Telefon beruflich:

Mobiltelefon:

Telefax:

eMail:

Datum der

Datum der

Approbation:

Facharztanerkennung:

Gemeldet bei

Ärztekammer:

Zusatzqualifikationen:

Fachkundenachweise:

**Erfahrungen:**

Notarzdienst:  ja (Monate):

Auslandserfahrung:  ja (Länder / Monate):

**Sprachkenntnisse:**

**Sonstiges:**

**Derzeitige Tätigkeit:**  angestellt  niedergelassen  freiberuflich  Ruhestand

Klinik / Krankenhaus / Praxis:

**Einschränkungen und Wünsche (Zeit, Klimaregion o.ä.):**

Ort, Datum

Unterschrift

**Notwendige Anlagen:**

- Personalausweis in Kopie (Vorder- und Rückseite)
- Arztausweis in Kopie (Vorder- und Rückseiten)
- Approbationsbescheinigung in Kopie
- Facharzturkunde(n) in Kopie
- Nachweise von Fachkunde und Zusatzqualifikationen in Kopie
- Ein aktuelles Paßfoto

**Bitte stellen Sie sicher, daß Ihre Arzthaftlichtversicherung auch Tätigkeiten im Ausland abdeckt!**

**Hinweis gemäß § 33 Absatz 1 Bundesdatenschutzgesetz:** Zum Zwecke der Vermittlung speichern und verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten in maschinenlesbarer Form.