

30. Juni 2021

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

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

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