



# Checkliste ärztlicher Notfalldienst

persönlich/vertraulich:

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
Geschäftsbereich Personal und Organisation  
Robert-Schimrigk-Str. 4-6

Über den Notfalldienstbeauftragten  
zurück an die KVWL !

44141 Dortmund

## 1. Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Schwerbehinderung:  ja  nein  
Geschlecht:  weiblich  männlich Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

## 2. Bankverbindung

Kontonummer: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
Bank: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

## 3. Angabe zur Sozialversicherung

Ich bin :  gesetzlich versichert  familienversichert  privat versichert  
bei: \_\_\_\_\_ Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## 4. Angabe zu Steuern

Lohnsteuerklasse: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

## 5. Angaben zum bisherigen Beschäftigungsverhältnis im ärztlichen Notfalldienst

(sind notwendig um ein Vertragsangebot unterbreiten zu können)

- Ich bin zur Zeit nicht im ärztlichen Notfalldienst beschäftigt.  
 Im Bereich des ärztlichen Notfalldienstes bin ich seit dem \_\_\_\_\_ beschäftigt bei \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Ich bin beschäftigt als  Vollzeitbeschäftigte(r) mit \_\_\_\_\_ Wochenstunden  
 Teilzeitbeschäftigte(r) mit \_\_\_\_\_ Wochenstunden oder \_\_\_\_\_ Prozent  
 geringfügig Beschäftigte(r) mit \_\_\_\_\_ Wochenstunden  
Ich arbeite an \_\_\_\_\_ Tagen in der Woche.

Ich erhalte eine  Monatsvergütung in Höhe von Brutto \_\_\_\_\_ Euro.  
 Stundenvergütung in Höhe von Brutto \_\_\_\_\_ Euro.

Mein Arbeitsverhältnis ruht wegen  Elternzeit/unbezahltem Urlaub  auf Grund von \_\_\_\_\_

Es besteht Vorversicherung bei einer Zusatzversorgungskasse  nein  ja, bei der \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_