

**Fax an: 0351-806 43 00**

**Erhebungsbogen für ein  
Verzeichnis der Niedergelassenen Angiologen in Deutschland**

Name: .....

Vorname(n): .....

Titel: .....

Facharzt: .....

Schwerpunkt: .....

Zusatzbezeichnung: .....

DGA-Mitglied:             Ja                     Nein

Tätigkeitsschwerpunkt:   (z. B. Phlebologie)  
.....

Invasive Diagnostik:        Ja                     Nein

Interventionelle Therapie:  Ja                     Nein

Belegbetten:                Ja                     Nein

Weiterbildungsermächtigung  
(ggf. Anzahl der Monate)    Ja                     Nein

Art der Einrichtung:       (Einzelpraxis, GP / PG mit ..., Ärztehaus, Anbindung an Krankenhaus)  
.....

Ort: .....

Adresse: .....

Tel.: .....

Fax: .....

e-Mail-Adresse: .....

Website: .....

Bundesland: .....

KV (Land, Bezirksstelle): .....

Berufspolitische Tätigkeit: .....

Weitere Anmerkungen  
(ggf. Wünsche) .....

.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift