

## Gesundheitswegweiser Linz am Rhein

Bei Unterstützungsbedarf melden Sie sich unter  
Telefonnummer:  
E-Mail:



## Datenerhebung Arztpraxis

---

### Von Ihnen behandelte Versichertengruppen:

Gesetzlich Versicherte

Privat Versicherte

Selbstzahler

### Angebote:

Geben Sie hier optional eine Kurzbeschreibung Ihrer Angebote an.

### Sonstige Informationen bezüglich Ihrer Angebote:

## Ärzte in Ihrer Einrichtung:

Sollten Sie mehr Ärzte eintragen müssen als hier möglich, füllen Sie bitte das Formular „Arztpraxis – Zusätzliche Ärzte“ aus.

### Arzt1:

|                     |  |  |
|---------------------|--|--|
| Titel:              |  |  |
| Vorname/Nachname:   |  |  |
| Arbeitsschwerpunkt: |  |  |

### Fachgebiete:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin              | <input type="checkbox"/> Kardiologie            | <input type="checkbox"/> Onkologie      |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde                | <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie       | <input type="checkbox"/> Orthopädie     |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie                     | <input type="checkbox"/> Kinderheilkunde        | <input type="checkbox"/> Physiotherapie |
| <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde               | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik       | <input type="checkbox"/> Psychiatrie    |
| <input type="checkbox"/> Geburtshilfe                  | <input type="checkbox"/> Logopädie              | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | <input type="checkbox"/> Massage                | <input type="checkbox"/> Urologie       |
| <input type="checkbox"/> Hebamme                       | <input type="checkbox"/> Medizinische Fußpflege | <input type="checkbox"/> Zahnmedizin    |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin                | <input type="checkbox"/> Neurologie             |   |

### Sonstige Fachgebiete:

|  |
|--|
|  |
|--|

### Arzt2:

|                     |  |  |
|---------------------|--|--|
| Titel:              |  |  |
| Vorname/Nachname:   |  |  |
| Arbeitsschwerpunkt: |  |  |

### Fachgebiete:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin              | <input type="checkbox"/> Kardiologie            | <input type="checkbox"/> Onkologie      |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde                | <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie       | <input type="checkbox"/> Orthopädie     |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie                     | <input type="checkbox"/> Kinderheilkunde        | <input type="checkbox"/> Physiotherapie |
| <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde               | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik       | <input type="checkbox"/> Psychiatrie    |
| <input type="checkbox"/> Geburtshilfe                  | <input type="checkbox"/> Logopädie              | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | <input type="checkbox"/> Massage                | <input type="checkbox"/> Urologie       |
| <input type="checkbox"/> Hebamme                       | <input type="checkbox"/> Medizinische Fußpflege | <input type="checkbox"/> Zahnmedizin    |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin                | <input type="checkbox"/> Neurologie             |   |

### Sonstige Fachgebiete:

|  |
|--|
|  |
|--|