

Registrierung – GeBO-Zuweiserportal

Sehr geehrte Zuweiserinnen und Zuweiser,

vielen Dank für Ihr Vertrauen und Ihr Interesse an der Teilnahme am GeBO-Zuweiserportal. Um Ihnen einen personalisierten Zugang bereitzustellen zu können, bitten wir Sie, uns die folgenden Informationen zu übermitteln. Ihren Benutzernamen erhalten Sie anschließend per E-Mail. **Mit * markierte Felder sind Pflichtfelder.**

Dieses Formular ist ausschließlich von Zuweisenden (Ärzt*innen/Praxen) auszufüllen.

Ihre Daten

Vorname *

Nachname *

Name Praxis bzw. Klinik *

Straße und Hausnummer der Praxis bzw. Klinik *

Postleitzahl *

Ort *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Mobilnummer

Eigene Fachrichtung *:

Zuweisung zu den Standorten

☐

Bezirkskrankenhaus Bayreuth inklusive Tageskliniken Bayreuth, Coburg, Bamberg, Hof

☐

Bezirksklinikum Obermain, Ebensfeld, inklusive Tageskliniken Kutzenberg, Coburg, Kronach

☐

Bezirksklinik Rehau inklusive Tagesklinik Rehau

Zuweisung zu Fachrichtungen

☐

Freischaltung für alle Fachbereiche

Auswahl einzelner Fachrichtungen (falls oben nicht ausgewählt):

☐

Psychiatrie und Psychotherapie

☐

Psychosomatik

☐

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Datenschutzhinweis

Lesen Sie unseren Datenschutzhinweis online auf unserer Plattform.

☐

Ja, ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten elektronisch erhoben und gespeichert werden. Meine Daten werden dabei nur streng zweckgebunden zur Bearbeitung und Beantwortung meiner Anfrage benutzt. Mit dem Absenden des Kontaktformulars erkläre ich mich mit der Verarbeitung einverstanden. *

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel