



## Aufnahmeantrag

### Landesverband für ambulantes Operieren Berlin e.V. (LAO Berlin)\*

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Landesverband für Ambulantes Operieren Berlin e.V. (LAO Berlin).

\*Die Mitgliedschaft im LAO Berlin bedeutet gleichzeitig auch eine Mitgliedschaft im Bundesverband für ambulantes Operieren e.V. (BAO) um die überregionale Verankerung satzungsgemäß zu gewährleisten.

Titel : \_\_\_\_\_ Name : \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_

#### Praxisadresse:

Straße : \_\_\_\_\_ PLZ : \_\_\_\_\_ Ort : \_\_\_\_\_

Bundesland : \_\_\_\_\_

Tel. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ Homepage : \_\_\_\_\_

#### Praxisdaten:

Fachrichtung: \_\_\_\_\_ Belegarzt: ja nein

Eigene OP-Einrichtungen: ja nein Praxisdokumentationssystem: \_\_\_\_\_

KV – Zulassung: Vollzeit (40h) Teilzeit Stundenzahl: \_\_\_\_\_

KV - Bezirk: \_\_\_\_\_

Kassenarztnummer: \_\_\_\_\_

Durchschnittliche jährliche OP-Anzahl.: \_\_\_\_\_ davon in:

Lokalanästhesie: \_\_\_\_\_ Leitungsanästhesie: \_\_\_\_\_

Intubationsnarkose: \_\_\_\_\_

#### Einzugsermächtigung für den Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift:

Hiermit ermächtige ich den LAO Berlin e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Bank: \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

#### Informationen zum Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass der LAO Berlin e.V. meine Adresse auf der Website veröffentlicht und auf Anfrage weitergibt: ja nein

Dazu zählen keine Adressaten der Industrie, sondern Nachfragen von Patienten zu Operateuren oder OP-Zentren. Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Praxis auf der Homepage des LAO Berlin e.V. einverstanden. ja nein

Bitte senden an:  
LAO Berlin c/o: DM Norbert W. Schwarz  
Augen-Tagesklinik, Warschauer Str. 36-38,  
10243 Berlin  
Tel.: 030-29777860, Fax: 030-297778647  
E-Mail: [n.w.schwarz@laoberlin.de](mailto:n.w.schwarz@laoberlin.de)  
**Am besten per Fax: 030-297778647**

Kassenarzt-Stempel des Antragsstellers

Aufnahmebestätigung am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Vorstandes