



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Pappelallee 5
14469 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Fax: 0331/ 2309553

Mail: sicherstellung@kvbb.de

Antrag einer Praxisvertretung über drei Monate hinaus

Ich bin / Wir sind vom:

					2	0			
--	--	--	--	--	---	---	--	--	--

 bis:

					2	0			
--	--	--	--	--	---	---	--	--	--

(TTMMJJJJ) (TTMMJJJJ)

wegen: Urlaub Krankheit Weiterbildung

an der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit gehindert.

Die Vertretung erfolgt für:

Titel, Name(n), Vorname(n): _____

Gebietsbezeichnung(en): _____

LANR:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Betriebsstättennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Vertretung erfolgt durch:

Titel, Name(n), Vorname(n): _____

Gebietsbezeichnung(en): _____

Wohnanschrift: _____

Beizufügen sind:



Kopie Arztregisterauszug oder



Kopie Approbationsurkunde und Kopie Facharztanerkennung



Ich versichere, mich davon überzeugt zu haben, dass der vertretende Arzt die entsprechenden Weiterbildungs- bzw. Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt.

Datum

Unterschrift des Ärztlichen Leiters/ Antragstellers

Name Antragsteller (Blockschrift)

Stempel/Anschrift (bitte lesbar)