



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Pappelallee 5  
14469 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Fax: 0331 / 2309 383

## Antrag einer Praxisvertretung über drei Monate

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

Betriebsstättennummer

Ich bin / Wir sind vom: 

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

  
(TTMMJJJJ)

bis: 

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

  
(TTMMJJJJ)

wegen:  Urlaub  Krankheit  Weiterbildung

an der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit gehindert.

Die Vertretung erfolgt für:

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

---

---

Gebietsbezeichnung(en):

---

**LANR:**

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

Die Vertretung erfolgt durch:

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

---

---

Gebietsbezeichnung(en):

---

Wohnanschrift:

---

### Anmerkung:

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

### Beizufügen sind:

- Kopie Arztregisterauszug oder
- Kopie Approbationsurkunde und Kopie Facharztanerkennung

Datum:

Unterschrift des Arztes:

Vertragsarztstempel

--