



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Pappelallee 5
14469 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Fax: 0331 / 2309 383

Anzeige einer Praxisvertretung

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

Ich bin / Wir sind vom:

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

(TTMMJJJJ)

bis:

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

(TTMMJJJJ)

wegen: Urlaub Krankheit Weiterbildung

an der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit gehindert.

Praxisvertretung erfolgt kollegial durch folgende(n) Kollegen, mit dem (denen) die Vertretung abgesprochen wurde:

Betriebstättennummer:

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

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

Gebietsbezeichnung(en),
Praxisanschrift:

Praxisvertretung erfolgt in meiner/unsere(r) Vertragsarztpraxis durch folgende(n) Kollegen:

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

Gebietsbezeichnung(en):

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

Datum:

Unterschrift des Arztes:

Vertragsarztstempel

--