



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 auf Genehmigung der Beschäftigung eines Vertreters für eine nachzubesetzende Arztstelle

Vertretung ab:

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

(TTMMJJJJ)

wegen:

Beendigung Anstellungsverhältnis (z.B. Kündigung, Tod) ab: _____

Reduzierung des Beschäftigungsumfanges auf: AF 0,25 $\hat{=}$ 1h - 10h ab: _____

AF 0,5 $\hat{=}$ 11h - 20h

AF 0,75 $\hat{=}$ 21h - 30h

Freistellung ab: _____

Sind Sie damit einverstanden, dass wir diese Angaben an den Zulassungsausschuss für Ärzte weiterleiten?
(damit entfällt die Mitteilung durch Sie an den Zulassungsausschuss für Ärzte)

ja nein

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: _____

Die Vertretung erfolgt in einem Beschäftigungsumfang von: AF 0,25 $\hat{=}$ 1h - 10h
 AF 0,5 $\hat{=}$ 11h - 20h
 AF 0,75 $\hat{=}$ 21h - 30h
 AF 1,0 $\hat{=}$ ab 31 h

Beizufügen sind:

- Kopie Arztregisterauszug oder**
- Kopie Approbationsurkunde und Kopie Facharztanerkennung**
- Kopie des geänderten Arbeitsvertrages bei Reduzierung des Beschäftigungsumfanges (für den Zulassungsausschuss)**

- 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)