

Formular zur Meldung Arztregister Praxisschließungen in der Coronakrise



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Empfänger:

E-Mail: arztregister@kvbb.de

Fax: +49 331 2309-383

BSNR:

LANR:

Praxisname:

Geschlossen seit/vom:

einschließlich bis:

Grund der Schließung, bitte ankreuzen:

Anordnung vom Gesundheitsamt

Fehlende Schutzausrüstung

Personalmangel aufgrund von Quarantäneanordnung/fehlender Not-/Kinderbetreuung

Erreichbarkeit bei Rückfragen:

E-Mail:

Telefonnummer:

Folgende Vertretung konnte gewonnen werden:

Name des Vertretenden:

Praxisanschrift:

Vertretungszeitraum:

von:

bis:

Datum

Unterschrift