



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Fax: 0331 / 2309-383

Jährliche Erklärung zur Beschäftigung von nichtärztlichen Praxisassistenten

I. Angaben zur Person /Praxis:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

Praxisanschrift: _____

II. Angaben zur/zum NPA:

Frau / Herr _____

III. Erklärungen zur/zum NPA:

1. Hiermit bestätige ich, dass ich in meiner Praxis der/die oben genannte NPA beschäftige.
2. Seit/ab dem _____ ist der/die oben genannte NPA nicht mehr in meiner Praxis beschäftigt.
3. Der/die genannte NPA ist/sind aufgrund von Schwangerschaft/Elternzeit seit/ab dem _____ bis voraussichtlich _____ **nicht** in meiner Praxis beschäftigt.

IV. Erklärung zu weiteren NPA:

Derzeit ist/sind in meiner Praxis (eine) weitere NPA beschäftigt. ja nein

Frau / Herr _____

Frau / Herr _____

Frau / Herr _____

Frau / Herr _____

Frau / Herr _____

Datum

Stempel und Unterschrift des Praxisinhabers