



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich 4
Qualitätssicherung und Sicherstellung

Mail: qs@kvbb.de
Fax: 0331/2309-529

Jährliche Erklärung zur Beschäftigung von nichtärztlichen Praxisassistenten

I. Angaben zur Person/Praxis:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

Praxisanschrift: _____

II. Angaben zur/zum NäPa:

Frau/Herr _____

III. Erklärungen zur/zum NäPa:

- Hiermit bestätige ich, dass ich in meiner Praxis den/die oben genannte/n NäPa beschäftige.
- Seit/ab dem _____ ist der/die oben genannte NäPa **nicht mehr** in meiner Praxis beschäftigt.
- Der/die genannte NäPa ist aufgrund von Schwangerschaft/Elternzeit seit/ab dem _____ bis voraussichtlich _____ **nicht** in meiner Praxis beschäftigt.

IV. Erklärung zu weiteren NäPa:

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

Frau/Herr _____

Frau/Herr _____

Frau/Herr _____

Frau/Herr _____

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Praxisinhaber/in
bzw. Ärztliche Leitung

Hinweis: Dieses Formular dient nicht der Antragsstellung zur Abrechnungsgenehmigung.