

Praxisstempel

Ort, Datum

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt
Postfach 1664
39006 Magdeburg
Fax: 0391/6278459

Urlaubs-/Abwesenheitsmeldung

Gemäß den Vorschriften im § 32 (1) der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) bzw. § 17 (3) Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) möchte ich hiermit meine Abwesenheit

in der Zeit vom:..... bis:.....
wegen: zur Kenntnis geben.

Die Vertretung übernimmt:

1. Name des persönlichen Vertreters in meiner Praxis:

.....
Ich versichere, dass mein persönlicher Vertreter die zur Vertretung erforderliche Qualifikation besitzt.

oder:

2. Name:
Praxisanschrift:
Tel.-Nr.:

3. Name:
Praxisanschrift:
Tel.-Nr.:

Mit den gegebenenfalls zu 2. und 3. genannten niedergelassenen Kollegen ist die Vertretung im gegenseitigen Einvernehmen abgesprochen.

Im o. g. Zeitraum bin ich nicht zum kassenärztlichen Not- und Bereitschaftsdienst eingeteilt bzw. mein Vertreter sichert diesen Dienst in meiner Urlaubs- oder Abwesenheitszeit ab und versorgt auch meine Patienten zu den sprechstundenfreien Zeiten.

.....
Unterschrift