

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Stuttgart  
Geschäftsbereich Notfalldienst  
und neue Versorgungsformen  
Sachgebiet Praxismanagement  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

**Praxisstempel**

Freiburg   Karlsruhe   Reutlingen   Stuttgart

## Antrag auf Befreiung vom organisierten ärztlichen Notfalldienst

gem. § 6 Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (NFD-O) eines/einer Angestellten und seines/seiner ihres/ihrer Arbeitgebers/Arbeitgeberin, dessen/deren Teilnahmeverpflichtung durch die Anstellung gem. § 4 Absatz 3 NFD-O erhöht wird.

### I. Angaben zur Person

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin

\_\_\_\_\_  
LANR/BSNR

und

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name des/der Angestellten

\_\_\_\_\_  
LANR

### II. Anschrift Arztpraxis

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

teilen Folgendes mit (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Die Angestellte ist schwanger (ärztliche Bescheinigung über die bestehende Schwangerschaft ist beigefügt) und wünscht, für die Zeit ab Bekanntgabe der Schwangerschaft und für ein Jahr ab der Entbindung (Kopie der Geburtsurkunde des Kindes wird nachgereicht) nicht am organisierten ärztlichen Notfalldienst teilzunehmen.

Der/Die Angestellte ist nicht vollzeitig in der Praxis angestellt (bei Vollzeitstellung: Bescheinigung des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin, dass keine Vollzeittätigkeit ausgeübt wird, ist beigefügt) und wünscht, bis zur Vollen- dung des dritten Lebensjahres des Kindes (Kopie der Geburtsurkunde des Kindes ist beigefügt) nicht am orga- nierten ärztlichen Notfalldienst teilzunehmen.

Arbeitgeber/Arbeitgeberin und Angestellter/Angestellte beantragen aus den o.g. Gründen, dass sich die Teilnahmeverpflichtung des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin am ärztlichen Notfalldienst um den Faktor vermindert, um den die Anstellung zuvor gem. § 4 Abs. 3 NFD-O die Teilnahmeverpflichtung des Arbeitgebers/ der Arbeitgeberin erhöht hat.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Arbeitgeber/Arbeitgeberin

---

Unterschrift Angestellter/Angestellte

Folgende Anlagen sind beigefügt (Zutreffendes bitte ankreuzen!):

Ärztliche Bescheinigung über die bestehende Schwangerschaft

Kopie der Geburtsurkunde des Kindes

Bescheinigung des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin, dass keine Vollzeittätigkeit ausgeübt wird