

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Geschäftsbereich
Zulassung/Sicherstellung
Sachgebiet Sicherstellung
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Absender/Stempel

Team Vertreter | Telefon 0761 884-4799 | Fax 0761 884-483871 | vertreter_antraege@kvbwue.de

Antrag

auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Vertreters gemäß § 32 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV

Bitte nach Möglichkeit maschinell ausfüllen, unterschreiben und einsenden!

Antragsteller

Name

Vorname

Der Antrag ist für

mich selbst (nur im Falle einer Zulassung möglich)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR

meinen BAG-Partner

meinen angestellten Arzt

Ich bin bevollmächtigt. (Vollmacht bitte beifügen)

Vertreten werden soll (nur ausfüllen, wenn vom Antragsteller abweichend)

Name

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR

Grund der Vertretung

Abwesenheitsgrund	Erforderliche Nachweise
<input type="checkbox"/> Krankheit	Ärztliche Bescheinigung mit Bestätigung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtlichen Dauer (siehe Anlage)
<input type="checkbox"/> Aus- und Weiterbildung	Entsprechende Nachweise u. a. über den Zeitraum
<input type="checkbox"/> Erziehung von Kindern	Geburtsurkunde des Kindes
<input type="checkbox"/> Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung	Entsprechende Nachweise u. a. über den Zeitraum (siehe Anlage)
<input type="checkbox"/> sonstiger Grund (Grund bitte benennen): _____	Hier ist eine vorherige Beratung durch den Fachbereich erforderlich. Nehmen Sie bitte zunächst mit uns unter der Telefonnummer 0711 7875-4799 oder per E-Mail an vertreter@kvbawue.de Kontakt auf.

Datenschutzhinweis:

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) nach § 284 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten erhebt, speichert und entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag verarbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie auch die Hinweise und Informationen zur Vertretung auf der Homepage der KVBW unter www.kvbawue.de/vertreter.

Besteht die Abwesenheit nur teilweise und Sie planen an einzelnen Tagen zusammen mit dem o. g. ärztlichen Fachpersonal zu arbeiten, so liegt keine Vertretung im eigentlichen Sinne vor, sondern es ist eine Sicherstellungsassistenz zu beantragen. Die hierzu notwendigen Informationen und das Antragsformular stehen Ihnen unter www.kvbawue.de/assistenten zur Verfügung.

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Geschäftsbereich
Zulassung/Sicherstellung
Sachgebiet Sicherstellung
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Absender/Stempel

Team Vertreter | Telefon 0761 884-4799 | Fax 0761 884-486871 | vertreter_antraege@kvbawue.de

Ärztliche Bescheinigung

Anlage zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Vertreters gemäß § 32 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV

Die Bescheinigung ist von der behandelnden ärztlichen Fachkraft zu unterschreiben und mit dem Praxisstempel zu versehen.

Bescheinigung für

Name	_____	Vorname	_____																																								
Geburtsdatum	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>TT</td><td>MM</td><td>JJJJ</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											TT	MM	JJJJ									<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>LA</td><td>NR</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											LA	NR								
TT	MM	JJJJ																																									
LA	NR																																										

Zeitraum

von

TT	MM	JJJJ							

 bis

TT	MM	JJJJ							

Grund der Abwesenheit

- Krankheit (eine vollständige Arbeitsunfähigkeit muss vorliegen)
- Pflege eines nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung (vollständige Abwesenheit erforderlich)

Aus datenschutzrechtlichen Gründen bitten wir Sie keine Diagnosen oder sonstige Krankheitsgeschichten auf der Bescheinigung anzugeben oder beizulegen.

ausgestellt am:

TT	MM	JJJJ							

Unterschrift der behandelnden ärztlichen Fachkraft