

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

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

**Absender/Stempel**

Team Sicherstellung/Vertreter | Fax 0711 7875-483871

# Antrag

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

## Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

**für (nur auszufüllen, wenn vom Antragsteller abweichend)**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Gebietsbezeichnung

**Ich beantrage die Genehmigung zur Beschäftigung von**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Gebietsbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

## Beantragter Zeitraum

\_\_\_\_\_  
von

\_\_\_\_\_  
bis

in Vollzeit    in Teilzeit

## Grund

- Krankheit (bitte ein mit Diagnose versehenes, ärztliches Attest beifügen)
  - Aus- und Weiterbildung
  - Erziehung von Kindern
  - Pflege naher Angehöriger
  - Sonstiges (bitte benennen):
- 

## Ergänzende Angaben

---

---

---

---

---

---

Ort und Datum

---

Unterschrift

Bitte beachten Sie auch die Hinweise und Informationen zur Vertretung auf der Homepage der KVBW.