

Ich beantrage die Genehmigung zur Beschäftigung von:

Bitte geben Sie die privaten Kontaktdaten der ärztlichen Fachkraft an, welche die Vertretung übernehmen soll.

Name	Vorname																				
Geburtsdatum	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">TT</td> <td colspan="2">MM</td> <td colspan="6">JJJJ</td> </tr> </table>											TT		MM		JJJJ					
TT		MM		JJJJ																	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort																			
Telefon	E-Mail																				

beantragter Zeitraum

von

TT		MM		JJJJ					

 bis

TT		MM		JJJJ					

- in Vollzeit
- in Teilzeit

Rückwirkende Genehmigungen sind ausgeschlossen. Maßgeblich ist das Eingangsdatum des vollständigen Antrags bei der KVBW.

Status der Person, welche die Vertretung übernimmt	Erforderliche Nachweise																				
<input type="checkbox"/> ist im Arztregister der KVBW eingetragen mit folgender Nummer <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="10">LANR</td> </tr> </table>											LANR										<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lebenslange Arztnummer (LANR) der Person, welche die Vertretung übernimmt
LANR																					
<input type="checkbox"/> ist im Arztregister einer anderen KV eingetragen mit folgender Nummer <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="10">LANR</td> </tr> </table>											LANR										<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arztregisterauszug oder ▪ Kopie der Approbations- und Facharzturkunde ▪ private Anschrift der Person, welche die Vertretung übernimmt
LANR																					
<input type="checkbox"/> hat keinen Arztregistereintrag	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kopie der Approbations- und Facharzturkunde ▪ private Anschrift der Person, welche die Vertretung übernimmt 																				

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 KVB 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@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	
TTMMJJJJ	LANR

Zeitraum

von

TT	MM	JJ							

 bis

TT	MM	JJ							

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	JJ							

Unterschrift der behandelnden ärztlichen Fachkraft