

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

Absender/Stempel

Team Sicherstellung/Vertreter | Fax 0711 7875-483871

Abwesenheits-/Vertretermeldung

gemäß § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV

für

Name, Vorname

Zeitraum und Grund der Abwesenheit

von

bis

Urlaub Krankheit Fortbildung Entbindung Wehrübung Anordnung Gesundheitsamt IfSG

Sonstiges: _____

Die Vertretung wird in meinen eigenen Praxisräumen durchgeführt von

Name, Vorname

Gebietsbezeichnung

BAG-Partner Angestellter externer Vertreter

Meine eigene Praxis bleibt geschlossen. Die kollegiale Vertretung übernimmt

Name, Vorname

BSNR/Ort

Name, Vorname

BSNR/Ort

Ort und Datum

Unterschrift