



**Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung eines Vertreters
für eine nachzubesetzende Arztstelle
(gem. § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV)
Zulassungsbezirk Berlin-Bundeshauptstadt**



Arztregister und Bedarfsplanung
Bereich Klassisches Arztregister
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Fax: (030) 3 10 03 - 311

Praxisstempel

Betriebsstättennummer

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

Vertretung vom:

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

(TTMMJJJJ)

bis:

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

(TTMMJJJJ)

wegen:

- Beendigung Anstellungsverhältnis (z.B. Kündigung, Tod)
mit Wirkung zum: _____
- Freistellung mit Wirkung zum _____
- Reduzierung der Anstellung von _____ auf _____
- Mit Wirkung zum _____

Die Vertretung erfolgt für:

Titel, Name, Vorname

Gebietsbezeichnung(en):

LANR:

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

Die Vertretung erfolgt durch:

Titel, Name, Vorname

Gebietsbezeichnung(en):

Wohnanschrift:

- Beizufügen sind:** Kopie Arztregisterauszug oder
- Kopie Approbationsurkunde und Kopie Facharztanerkennung

Die Verpflichtungserklärung im Zusammenhang mit der Vertretung gem. § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV ist zwingend beizufügen.

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift des Ärztlichen Leiters



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Telefax: 030-31003-305

Praxisstempel

**Verpflichtungserklärung
im Zusammenhang mit der Vertretung gem. § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV
für die Erbringung genehmigungspflichtiger Leistungen**

BSNR:

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

Name des ausgeschiedenen Arztes: _____

LANR des ausgeschiedenen Arztes:

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

Name des Vertreters: _____

LANR des Vertreters:

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

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass von dem o.g. Vertreter die Qualifikationsvoraussetzungen für die persönliche Erbringung von genehmigungspflichtigen Leistungen vollumfänglich erfüllt werden (§ 14 BMV-Ä).

Die Versicherung gilt für

das gesamte Leistungsspektrum des o.g. ausscheidenden Arztes

oder

Einzelne Leistungen sollen aus der Vertretung ausgenommen werden
(bitte die ausgenommenen Leistungen im Freitext bezeichnen)

Berlin, den

.....
Unterschrift Vertragsarzt/Ärztliche Leitung