



Praxisstempel mit KV-Abrechnungsnr.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Bezirksstelle Mittelfranken
Postfach 2536

90409 Nürnberg

Fax: 0911 94667 331

Hinweis: Diese Mitteilung an die KVB-Bezirksstelle ist gem. § 32 Abs. 1 S. 3 Ärzte-ZV i.V.m. § 17 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte § 20 Abs. 3 Arzt-/Ersatzkassenvertrag erforderlich **vor Beginn** einer über 1 Woche andauernden Abwesenheit.

Sicherstellung der vertragsärztlichen / vertragspsychotherapeutischen Versorgung

hier:

Mitteilung über die Verhinderung an der persönlichen Ausübung meiner Praxis

vom _____ bis voraussichtlich _____

bin ich an der persönlichen Ausübung meiner
Vertragsarzt- / Vertragspsychotherapeutenpraxis verhindert wegen

Urlaub Krankheit _____
(sonstige Gründe)

Meine Praxisvertretung erfolgt:

Unter Verwendung des "Abrechnungsscheins für ärztlichen Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung" (Muster 19) durch folgende(n) niedergelassene(n) Kollegen, mit dem (denen) ich die Vertretung abgesprochen habe:

Name(n), Gebietsbez., Praxisort der/des Vertreter(s)

Durch (einen) Vertreter in meiner Vertragsarzt- / Vertragspsychotherapeutenpraxis

Name(n), Gebietsbez. od. Bez. "prakt. Arzt" (vgl. § 32 Abs. 1 Satz 4 Ärzte-ZV), Wohn-/

Praxisort der/des Vertreter(s)

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes/
Vertragspsychotherapeuten

Zutreffendes bitte ankreuzen!