

Urlaubs-/Abwesenheitsmeldung

KZV Land Brandenburg
Abteilung Zulassung/Register
Helene-Lange-Straße 4-5
14469 Potsdam

Fax-Nr. 0331 2977-308

KZV -Abrechnungsstempel

Ort/Datum

Gemäß den Vorschriften der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte mit Stand vom 01.01.1993 im Abschnitt IX, § 32 (1) möchte ich hiermit meine Abwesenheit

in der Zeit vom _____ bis _____

wegen _____

zur Kenntnis geben.

Die Vertretung übernimmt:

1. Name des persönlichen Vertreters in meiner Praxis

Ich versichere, dass mein persönlicher Vertreter die zur Vertretung erforderlichen Voraussetzungen erfüllt; Kopie der Approbationsurkunde des Vertreters liegt der KZVLB vor bzw. ist beigefügt.

oder

2. Name, Praxisanschrift, Tel.-Nr. _____

3. Name, Praxisanschrift, Tel.-Nr. _____

Mit den gegebenenfalls zu 2. und 3. genannten niedergelassenen Kollegen ist die Vertretung im gegenseitigen Einvernehmen abgesprochen.

Unterschrift Zahnarzt