

Abwesenheitsmeldung / Anzeige einer Praxisvertretung

(Vertretungen sind bei einer Abwesenheit von mehr als einer Woche der KZV mitzuteilen)

Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg
Abteilung Zulassung
Helene-Lange-Straße 4-5
14469 Potsdam

Telefax: 0331 – 2977 308
E-Mail: zulassung@kzvlb.de

KZV-Abrechnungstempel

Ich werde
in der Zeit vom _____ bis _____ abwesend sein.

Grund Urlaub Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen
 Krankheit Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit
 Fortbildung

1. Für die Zeit meiner Abwesenheit ist eine persönliche Vertretung in meiner Praxis beschäftigt:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

private Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____ E-Mail-Adresse: _____

Ich versichere, dass mein persönlicher Vertreter die zur Vertretung erforderlichen Voraussetzungen erfüllt.

Hinweis:

Bei Krankheit, Urlaub und zahnärztlicher Fortbildung kann sich ein/e Zahnarzt/Zahnärztin innerhalb eines Jahres (12 Monate, nicht Kalenderjahr) bis zu 3 Monate vertreten lassen. Hierüber ist die KZV zu informieren. Zahnärztinnen können sich im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von 12 Monaten vertreten lassen. **Eine persönliche Vertretung von mehr als 3 Monaten bedarf der vorherigen Genehmigung durch die KZV.** (vgl. § 32 Zahnärzte-ZV)

2. Die kollegiale Vertretung übernimmt/übernehmen in der Zeit meiner Abwesenheit:

Name, Praxisanschrift, Tel.-Nr.

Mit den genannten Kollegen/Kolleginnen ist die Vertretung im gegenseitigen Einvernehmen abgesprochen.

Ort/Datum

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt