Abwesenheitsmeldung / Reduzierung der Sprechstundenzeit / Anzeige einer Praxisvertretung im Zusammenhang mit Covid-19

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

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

KZV-Abrechnungsstempel

Hiermit wird Folgendes angezeigt:

1. Praxisschließung

Im Zeitraum vom _____ bis _____

Grund:

☐ Quarantäne wegen eigener Covid-19-Infektion

☐ Quarantäne des Praxisinhabers als Kontaktperson

Praxisschließung erfolgt mit ☐ Rufbereitschaft ☐ Rufbereitschaft und Weiterverweisung

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. Der Bereitschaftsdienst dient nicht zur allgemeinen Vertretung.

Hinweis:
Sollten Sie während des Zeitraumes der Praxisschließung zum zahnärztlichen Bereitschaftsdienst eingeteilt sein, ist für diese Dienste ebenfalls eine Vertretung zu benennen. Setzen Sie sich diesbezüglich mit dem zuständigen Bereitschaftsdienstbeauftragten in Verbindung.

2. Reduzierung der Sprechstundenzeiten

Im Zeitraum vom _____ bis _____

geänderte Zeiten wie folgt: _____

_____

_____

Bitte denken Sie daran, erneute Veränderungen der Sprechstundenzeiten schriftlich per E-Mail oder Fax bei der KZVLB anzuzeigen.

<u>Erreichbarkeit:</u> Bitte geben Sie unbedingt eine Telefonnummer und E-Mail Adresse an, unter der die KZVLB Sie in dringenden Fragen während der Praxisschließung erreichen kann.

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

_____ _____
Ort/Datum Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt