

Antrag auf Genehmigung einer Vertretung

Antragsteller:	
Angaben der/des zu vertretenden Ärztin/Arztes:	
Nachname, Vorname, ggf. Titel:	
Geburtsdatum:	
Praxisanschrift: (Straße, PLZ und Ort)	
Teilnahmeform:	<input type="checkbox"/> zugelassen <input type="checkbox"/> angestellt
Fachgruppe:	
Grund:	<input type="checkbox"/> Krankheit (ärztl. Attest o. AU anfügen) <input type="checkbox"/> Im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Entbindung (§ 32 Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV) voraussichtlicher Geburtstermin: _____ <input type="checkbox"/> Erziehungszeit Geburtstermin: _____ <input type="checkbox"/> Erziehungszeit bereits in Anspruch genommen ¹ : von _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Tod, Kündigung oder Freistellung eines Angestellten <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Zeitraum:	von: _____ bis: _____
Umfang:	_____ Stunden pro Woche
Art der Vertretung:	<input type="checkbox"/> echte Vertretung (durch externen Vertreter in den eigenen Praxisräumen) <input type="checkbox"/> unechte Vertretung (durch Partner oder Angestellten)
Angaben zum Vertreter/-in:	
Nachname, Vorname, ggf. Titel:	
Geburtsdatum:	
Fachgruppe ² :	

 Ort, Datum

 Unterschrift (Stempel)

¹ Bitte auch die Erziehungszeit des anderen Elternteils angeben, falls diese in Anspruch genommen wurde

² Ggf. Approbation und Fachkundenachweis vorlegen