

**Antrag auf Genehmigung zur Vertretung
über die Dauer von 3 Monaten innerhalb von 12 Monaten**

Name _____

**Praxisanschrift
Straße:** _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

- Ich bin niedergelassen.
- Die Niederlassung ist geplant ab: _____
- Ich übernehme die Praxis von: _____
- ab: _____.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):
Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.**

- Ich bin in einer Praxis angestellt.
- Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____
- ab: _____
- Ich bin in einem MVZ tätig.
- Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____
- ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

- Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.
- Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Angaben zum Vertreter

Name des Vertreters:

Name, Vorname: _____

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw.
Zusatzbezeichnung: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/ Fax: _____

- Die entsprechende Approbationsurkunde ist als **Anlage** beigelegt.
- Die entsprechende Facharzturkunde ist als **Anlage** beigelegt.
- Die Approbationsurkunde und Facharzturkunde liegen der KV Sachsen-Anhalt bereits vor.
- Die Vertretung erfolgt während meiner Abwesenheit
 - in meiner Praxis (persönliche Vertretung)
 - in der Praxis des Vertreters (kollegiale Vertretung).

Angaben zur Vertretung

Grund der Antragstellung:

(bei Vertretung aus gesundheitlichen Gründen bedarf es einer Bescheinigung des behandelnden Arztes unter Angabe der Krankheit und des voraussichtlichen Zeitpunkts der Wiederaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit):

Zeitraum der Vertretung: von _____ bis _____

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw.
des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden
Vertragsarztes