

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

Angaben zur Person / zur Tätigkeit

Name, Vorname

Facharzt für:

ggf. Schwerpunkt- bzw.
Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon/Fax:

Tätigkeit in / als:

eigener Niederlassung:

Angestellter Arzt*

in einer Arztpraxis, bei:

Angestellter Arzt*

in einer Einrichtung/ MVZ:

Ermächtigter Arzt im
Krankenhaus:

*Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber bzw. das MVZ zu stellen.

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** beigefügt.
- Die entsprechende Facharzturkunde ist als **Anlage** beigefügt.
- 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:

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

Unterschrift des Antragstellers

Ansprechpartner:

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt

Frau Kathrin Hanstein
Tel.: 0391 627-6449
Fax: 0391 627-8436
e-mail: kathrin.hanstein@kvsa.de

Frau Marlies Fritsch
Tel.: 0391 627-6441
Fax: 0391 627-8436
e-mail: marlies.fritsch@kvsa.de