



Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Team Genehmigungen Ärzte
Robert-Schimrigk-Straße 4 – 6
44141 Dortmund

Tel.: 0231/9432 3788
Fax: 0231/9432-87054
E-Mail: Genehmigungen-Aerzte@kvwl.de

Antrag auf Genehmigung einer Vertretung § 32 Absatz 1 Ärzte-ZV

Name des Antragstellers¹:
(Vertragsarzt, Geschäftsführer, Bevollmächtigter)

Praxisname:

BSNR:

Telefon:

Angaben der/des zu vertretenden Ärztin/Arztes

LANR:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Fachgebiet(e):

Teilnahmeform: zugelassen angestellt

Vertragsarztsitz

PLZ/Ort:

Straße/Hausnr.:

¹ Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird davon abgesehen, bei Fehlen einer geschlechtsneutralen Formulierung sowohl die männliche als auch weitere Formen anzuführen. Die in diesem Antrag gewählten männlichen Formulierungen gelten deshalb uneingeschränkt auch für die weiteren Geschlechter.

Grund der Vertretung

Krankheit (ärztl. Attest o. AU beifügen)

Fortbildung (Teilnahmebescheinigung beifügen)

Wehrübung

Urlaub

Erziehungszeit Geburtstag: (Geburtsurkunde beifügen)

Erziehungszeit bereits in Anspruch genommen:

von: bis:

Kündigung eines Angestellten
Vertretung bis zu 6 Monate nach Kündigungsdatum möglich Kündigung zum:

Freistellung eines Angestellten Freistellung zum:

Grund der Freistellung:

Tod (§ 4 Abs. 3 BMV-Ä) (Sterbeurkunde und Erbschein beifügen)

Zeitraum und Umfang der Vertretung

Zeitraum: von: bis:

Umfang:	<input type="checkbox"/>	ganztags	
	<input type="checkbox"/>	halbtags	
	<input type="checkbox"/>	stundenweise	Std./Woche

Art der Vertretung

Externe Vertretung (durch externen Vertreter in Ihren Praxisräumen)

Interne Vertretung (durch Partner oder Angestellten)

Angaben zum/zur Vertreter/-in

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Fachgebiet(e):
(Ggf. Approbations- und Facharzturkunde beifügen)

Ggf. weitere Vertreter/-innen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Fachgebiet(e):
(Ggf. Approbations- und Facharzturkunde beifügen)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Fachgebiet(e):
(Ggf. Approbations- und Facharzturkunde beifügen)

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel des
Vertragsarztes /
Vertretungsberechtigten der
BAG / des MVZs

Bemerkungen: