

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Freiburg  
Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung  
Sundgaullee 27  
79114 Freiburg

**Absender/Stempel**

Team Sicherstellung/Vertreter | Fax 0711 7875-483871

# Vertretermeldung bei beendeter Anstellung

gemäß § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV

**für**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Angestellten

## Zeitraum und Grund der Vertretung

\_\_\_\_\_  
von

\_\_\_\_\_  
bis

Vertretungsgrund	Erforderlicher Nachweis
<input type="checkbox"/> Kündigung	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Kopie der Meldung an die zuständige Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses</li></ul>
<input type="checkbox"/> Freistellung	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Freistellungsnachweis</li></ul>
<input type="checkbox"/> Tod	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Erforderlicher Nachweis nach Absprache</li></ul>
<input type="checkbox"/> Beendigung der Anstellung aus sonstigen Gründen, z. B. Aufhebungsvertrag (bitte spezifizieren):	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Erforderlicher Nachweis nach Absprache</li></ul>

## Die Vertretung wird durchgeführt von

Externer Vertreter    Angestellter    BAG-Partner

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Gebietsbezeichnung

in der Hauptbetriebsstätte    in der Zweigpraxis

Status des Vertreters	Erforderlicher Nachweis
<input type="checkbox"/> ist im Arztregister der KVBW mit der LANR _____ eingetragen	–
<input type="checkbox"/> ist im Arztregister einer anderen KV mit der LANR _____ eingetragen	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Arztregisterauszug <b>oder</b></li><li>▪ Approbations- und Facharzturkunde</li><li>▪ Privatanschrift des Vertreters</li></ul>
<input type="checkbox"/> hat keinen Arztregistereintrag	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Approbations- und Facharzturkunde</li><li>▪ Privatanschrift des Vertreters</li></ul>

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift