



Bitte teilen Sie uns Folgendes mit (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Ich bin schwanger (ärztliche Bescheinigung über die bestehende Schwangerschaft ist beigefügt) und beantrage, mich für die Zeit ab Bekanntgabe der Schwangerschaft und für ein Jahr ab der Entbindung (Kopie der Geburtsurkunde des Kindes wird nachgereicht) von der Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst zu befreien.
- Ich leiste nicht vollzeitig den Tagesdienst in der Praxis ab (bei vollem Versorgungsauftrag: Nachweis, dass keine Vollzeittätigkeit ausgeübt wird, ist beigefügt) und beantrage, mich bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres des Kindes (Kopie der Geburtsurkunde des Kindes ist beigefügt) von der Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst zu befreien.
- Ich bin aus gesundheitlichen oder vergleichbar schwerwiegenden Gründen, die zu einer deutlichen Einschränkung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit führen, an der persönlichen Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst gehindert (aktuelles ärztliches Attest ist beigefügt) und mir kann die Bestellung eines Vertreters aus wirtschaftlichen Gründen nicht zugemutet werden. Ich beantrage daher, mich vom Ärztlichen Bereitschaftsdienst zu befreien.

---

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt/Vertragsärztin

Folgende Anlagen sind beigefügt (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- ärztliche Bescheinigung über die bestehende Schwangerschaft
- Kopie der Geburtsurkunde des Kindes
- aktuelles ärztliches Attest
- Nachweis, dass keine Vollzeittätigkeit ausgeübt wird