

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

Praxisname | BSNR (Stempel) | E-Mail-Adresse:

Team Sicherstellungsverfahren | **Vertreter-Anträge** | vertreter_antraege@kvbawue.de

Antrag

auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Vertreters gemäß § 32 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV

Es können nur **vollständig ausgefüllte** und **unterschiedene Anträge** bearbeitet werden. Bitte beachten Sie, dass eine rückwirkende Genehmigungserteilung nicht möglich ist. Maßgeblich ist das Eingangsdatum des vollständigen Antrages bei der KVBW.

Bitte nach Möglichkeit maschinell ausfüllen, unterschreiben und einsenden!

Antragsteller

Name

Vorname

Der Antrag zur Vertretung ist für

- mich selbst (nur im Falle einer Zulassung möglich)
- meinen BAG-Partner
- meinen angestellten Arzt
- Ich bin bevollmächtigt. (Vollmacht bitte beifügen.)

Arztnummer (LANR)

Vertretungsgrund	Erforderliche Nachweise
<input type="checkbox"/> Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztliche Bescheinigung mit Bestätigung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtlichen Dauer OHNE Diagnose (siehe Anlage)
<input type="checkbox"/> Erziehung von Kindern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kopie Geburtsurkunde des Kindes
<input type="checkbox"/> Aus- und Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachweis über den Zeitraum
<input type="checkbox"/> Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachweis über die Pflege und den Zeitraum (siehe Anlage)

Zeitraum der Vertretung

von

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

 bis

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

Vertreten werden soll

_____ Name des abwesenden Arztes
 _____ Vorname des abwesenden Arztes

 Arztnummer (LANR)

Die Vertretung wird durchgeführt von

- externer Vertreter
 Angestellter der Praxis/MVZ

 BAG-Partner (bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um keine Vertretung, sondern um eine interne Patientenübernahme handelt)

_____ Name
 _____ Vorname

 _____ Fachgebiet
 Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

Privatanschrift

_____ Straße, Hausnummer
 _____ Postleitzahl, Ort

 _____ E-Mailadresse

Status der Person, die die Vertretung übernimmt	Erforderliche Nachweise										
<input type="checkbox"/> ist im Arztregister der KV Baden-Württemberg eingetragen	mit folgender LANR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> ▪										
<input type="checkbox"/> ist im Arztregister einer anderen KV eingetragen mit folgender LANR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											▪ Arztregisterauszug oder ▪ Kopie Approbations- und Facharzturkunde ▪ Privatanschrift des Vertreters
<input type="checkbox"/> hat keinen Arztregistereintrag	▪ Kopie Approbations- und Facharzturkunde ▪ Privatanschrift des Vertreters										

Besteht die **Abwesenheit nur teilweise** und Sie planen an einzelnen Tagen zusammen mit dem o. g. ärztlichen Fachpersonal zu arbeiten, so liegt keine Vertretung im eigentlichen Sinne vor, sondern es ist eine **Sicherstellungsassistenz** zu beantragen. Die hierzu notwendigen Informationen und das Antragsformular stehen Ihnen unter www.kvbawue.de/sicherstellung zur Verfügung.

Bitte beachten Sie auch die Hinweise und Informationen zur Vertretung auf der Homepage der KVBW unter www.kvbawue.de/vertreter.

Datenschutzhinweis

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) nach § 284 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten erhebt, speichert und entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag verarbeitet.

Bei Fragen zum Antrag können wir Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

Name des Ansprechpartners	Vorname des Ansprechpartners
Telefonnummer	E-Mail-Adresse
Ort, Datum	Stempel / Unterschrift des Bevollmächtigten / ärztlichen Leiters MVZ

Bitte beachten Sie, dass mit einer Bearbeitungszeit von bis zu vier Wochen zu rechnen ist.

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

Praxisname / BSNR (Stempel) / Emailadresse:

Team Sicherstellungsverfahren | **Vertreter-Anträge** | vertreter_antraege@kvbawue.de

Ärztliche Bescheinigung

Anlage zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Vertreters gemäß § 32 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV

Die Bescheinigung ist von der behandelnden ärztlichen Fachkraft zu unterschreiben und mit dem Praxisstempel zu versehen.

Bescheinigung für

Name

Vorname

Geburtsdatum

TT	MM	JJJJ							

LANR									

Zeitraum

vom

TT	MM	JJJJ							

 bis voraussichtlich

TT	MM	JJJJ							

Bitte beachten Sie: Ohne genaues Beginn- und Enddatum ist diese Bescheinigung ungültig.

Grund der Abwesenheit

- Krankheit (eine **vollumfängliche** Arbeitsunfähigkeit muss vorliegen)
- Pflege eines nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung (**vollumfängliche** Abwesenheit erforderlich)

Aus datenschutzrechtlichen Gründen bitten wir Sie **keine Diagnosen** oder sonstige Krankheitsgeschichten auf der Bescheinigung anzugeben oder beizulegen.

ausgestellt am:

TT	MM	JJJJ							

Unterschrift der behandelnden ärztlichen Fachkraft