



**Ich beantrage die Genehmigung zur Beschäftigung von:**

Bitte geben Sie die privaten Kontaktdaten der ärztlichen Fachkraft an, welche die Vertretung übernehmen soll.

Name	Vorname																				
Geburtsdatum	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">TT</td> <td colspan="2">MM</td> <td colspan="6">JJJJ</td> </tr> </table>											TT		MM		JJJJ					
TT		MM		JJJJ																	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort																			
Telefon	E-Mail																				

**beantragter Zeitraum**

von 

TT		MM		JJJJ					

 bis 

TT		MM		JJJJ					

- in Vollzeit
- in Teilzeit

Rückwirkende Genehmigungen sind ausgeschlossen. Maßgeblich ist das Eingangsdatum des vollständigen Antrags bei der KVBW.

Status der Person, welche die Vertretung übernimmt	Erforderliche Nachweise																				
<input type="checkbox"/> ist im Arztregister der KVBW eingetragen  mit folgender Nummer <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="10">LANR</td> </tr> </table>											LANR										<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lebenslange Arztnummer (LANR) der Person, welche die Vertretung übernimmt</li> </ul>
LANR																					
<input type="checkbox"/> ist im Arztregister einer anderen KV eingetragen  mit folgender Nummer <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="10">LANR</td> </tr> </table>											LANR										<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arztregisterauszug oder</li> <li>▪ Kopie der Approbations- und Facharzturkunde</li> <li>▪ private Anschrift der Person, welche die Vertretung übernimmt</li> </ul>
LANR																					
<input type="checkbox"/> hat keinen Arztregistereintrag	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kopie der Approbations- und Facharzturkunde</li> <li>▪ private Anschrift der Person, welche die Vertretung übernimmt</li> </ul>																				

## Grund der Vertretung

Abwesenheitsgrund	Erforderliche Nachweise
<input type="checkbox"/> Krankheit	Ärztliche Bescheinigung mit Bestätigung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtlichen Dauer (siehe Anlage)
<input type="checkbox"/> Aus- und Weiterbildung	Entsprechende Nachweise u. a. über den Zeitraum
<input type="checkbox"/> Erziehung von Kindern	Geburtsurkunde des Kindes
<input type="checkbox"/> Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung	Entsprechende Nachweise u. a. über den Zeitraum (siehe Anlage)
<input type="checkbox"/> sonstiger Grund (Grund bitte benennen): _____	Hier ist eine vorherige Beratung durch den Fachbereich erforderlich. Nehmen Sie bitte zunächst mit uns unter der Telefonnummer 0711 7875-4799 oder per E-Mail an <a href="mailto:vertreter@kvbawue.de">vertreter@kvbawue.de</a> Kontakt auf.

## 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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte beachten Sie auch die Hinweise und Informationen zur Vertretung auf der Homepage der KVBW unter [www.kvbawue.de/vertreter](http://www.kvbawue.de/vertreter).

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/assistenten](http://www.kvbawue.de/assistenten) zur Verfügung.

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

**Absender/Stempel**

Team Vertreter | Telefon 0761 884-4799 | Fax 0761 884-486871 | vertreter@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	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>TT</td><td>MM</td><td>JJ</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											TT	MM	JJ									<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>LA</td><td>NR</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											LA	NR								
TT	MM	JJ																																									
LA	NR																																										

### Zeitraum

von 

TT	MM	JJ							

 bis 

TT	MM	JJ							

### Grund der Abwesenheit

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

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

ausgestellt am: 

TT	MM	JJ							

 \_\_\_\_\_  
Unterschrift der behandelnden ärztlichen Fachkraft