



Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Sicherstellung
Postfach 2019
99401 Weimar

Antrag auf Vertretung eines angestellten Arztes (§ 32 b Abs. 6 Ärzte-ZV)

Antragsteller:
Titel, Name, Vorname bzw. Name des MVZ

Angaben zum Arzt, der vertreten werden soll:

.....
Titel, Name, Vorname

.....
Fachgebietsbezeichnung

.....
Praxisanschrift

ist freigestellt vom bis

hat/wurde gekündigt zum

Der Zulassungsausschuss wurde am darüber schriftlich informiert.

Vertretung: vom bis im Umfang von Stunden
(längstens 6 Monate)

Vertretung durch:

.....
Titel, Name, Vorname, Fachgebietsbezeichnung

.....
Privatanschrift

im Arztregister der KV Thüringen eingetragen

nicht im Arztregister der KV Thüringen eingetragen
(aktuelle amtlich beglaubigte Kopien der Approbation und der FA-Anerkennung beifügen)

.....
Titel, Name, Vorname, Fachgebietsbezeichnung

.....
Privatanschrift

im Arztregister der KV Thüringen eingetragen

nicht im Arztregister der KV Thüringen eingetragen
(aktuelle amtlich beglaubigte Kopien der Approbation und der FA-Anerkennung beifügen)

.....
Datum Stempel Unterschrift Antragsteller
(Vertragsarzt oder ärztlicher Leiter/Geschäftsführer MVZ)