

# Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bestätigung Dienstplan



**kvt**  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

Vertragsarztstempel

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abt. Sicherstellung / Bereitschaftsdienst  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

FAX: (03643) 559 747  
e-Mail: [bereitschaftsdienst@kvt.de](mailto:bereitschaftsdienst@kvt.de)

## Verbindliche Bestätigung des Dienstplanes

Hiermit bestätige ich, dass der im Dienstplanportal der KV Thüringen hinterlegte Dienstplan korrekt und vollständig ist:

Bereitschaftsdienstbereich .....

im Monat .....

und gebe diesen als Grundlage für die Vergütung der Stundenpauschalen frei.

\_\_\_\_\_  
**Datum/Unterschrift**