

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Antrag Befreiung



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

Fax: (03643) 559 747
eMail: bereitchaftsdienst@kvt.de

Persönliche Angaben des Antragstellers:

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

telef. Erreichbarkeit:

Antrag auf Befreiung von der Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Befreiung von der Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst.

Mein Antrag ist ein:

Erstantrag

Folgeantrag

Ich beantrage eine:

Vollbefreiung

Teilbefreiung von (Dienststart):

Im Folgenden benenne ich den Grund meines Antrages:

gesundheitliche Gründe

Ein aktuelles aussagefähiges ärztliches Attest des behandelnden Arztes mit ICD-10 Verschlüsselung und Angabe der Medikamente ist dem Antrag beigelegt.

bestehende Schwangerschaft / Elternzeit

Ein aktuelles aussagefähiges ärztliches Attest mit Datum des Entbindungstermins ist dem Antrag beigelegt / eine Kopie der Geburtsurkunde des Kindes ist dem Antrag beigelegt.

Teilnahme am Rettungsdienst

Die Teilnahmeerklärung zum bodengebundenen Rettungsdienst in Thüringen ist beigelegt.

Amtsausübung

Ich bin im Vorstand der KVT oder KBV, als Präsident der Landesärztekammer, als Mitglied des Thüringer Landtags oder des Deutschen Bundestages hauptamtlich tätig sind.

Altersgründe (Befreiung Fahrdienst)

Ich habe das 65. Lebensjahr vollendet / Ich werde das 65. Lebensjahr am vollenden.

Teilnahme am zahnärztlichen Bereitschaftsdienst

Ich nehme mit mind. 1 Dienst im Quartal am zahnärztlichen Bereitschaftsdienst teil.

sonstige Gründe

Eine ausführliche Begründung liegt dem Antrag bei.

Ich bitte um Bearbeitung meines Antrages.

Datum / Unterschrift des Antragstellers

Vertragsarztstempel

Datum / Unterschrift des Arbeitgebers
(nur bei angestellten Ärzten)

Vertragsarztstempel