



**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG**

**SAARLAND**

Postfach 10 16 43  
66016 Saarbrücken

**MITTEILUNG ÜBER DIE VERHINDERUNG DER PRAXISAUSÜBUNG**

Der Arzt hat in jedem Falle seiner Abwesenheit für eine Vertretung zu sorgen.

Nach § 32 Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV, § 17 Abs. 3 BMV-Ä und § 20 Abs. 3 Satz 3 EKV ist die Vertretung, wenn sie länger als **eine Woche** dauert, der Kassenärztlichen Vereinigung unter Benennung der vertretenden Ärzten unverzüglich mitzuteilen.

Gemäß diesen Bestimmungen teile ich mit, dass ich

- wegen:  Urlaub      vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- Krankheit      seit: \_\_\_\_\_ voraussichtliche Dauer bis: \_\_\_\_\_
- Sonstiges:      vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

:

meine Praxistätigkeit nicht ausübe.

Die Vertretung übernimmt/übernehmen in meinen Praxisräumen

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

Ich bestätige, dass vorgenannte(r) Vertreter mir die Approbationsurkunde/Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes in der Praxis gemäß § 10 der Bundesärzterordnung vor Vertretungsbeginn vorgelegt hat/haben.

Die Bestimmung des § 20 Abs. 1 der Berufsordnung der Ärztekammer des Saarlandes, wonach Ärzte sich grundsätzlich nur durch Fachärzte desselben Fachgebietes vertreten lassen sollen, ist mir bekannt.

Ich habe mich vergewissert, dass der/die vorgenannte Vertreter(in) bei der Erbringung qualifikationsgebundener bzw. genehmigungspflichtiger Leistungen die erforderlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringung und –abrechnung nach den entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarungen bzw. Qualitätssicherungs-Richtlinien erfüllt (§ 14 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte).

Ich habe während meiner Abwesenheit in meinen Praxisräumen keinen Vertreter

Die Vertretung erfolgt nach Absprache mit dem/den betreffenden niedergelassenen Kollegen durch

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

