



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 Bundesärzteordnung 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)

Ort/Datum

Unterschrift

