

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung
Team Sicherstellungsverfahren
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Praxisname | BSNR (Stempel) | Emailadresse:

Team Sicherstellungsverfahren | **Vertreter-Anträge** | vertreter_antraege@kvbawue.de

Antrag

auf Genehmigung zur Weiterführung der verwaisten Praxis eines Vertragsarztes, Vertragspsychotherapeuten gemäß § 4 Abs. 3 BMV-Ä

Es können nur **vollständig ausgefüllte** und **unterschiedene Anträge** bearbeitet werden.

Bitte nach Möglichkeit maschinell ausfüllen, unterschreiben und einsenden!

Antragsteller

Name

Vorname

Status des Antragstellers

- Ehepartner / Lebensgefährte
- Bruder / Schwester
- Kind
- Ich bin bevollmächtigt (Vollmacht bitte beifügen).
- Sonstiges

Verstorbener Vertragsarzt

Name des verstorbenen Vertragsarztes

Vorname des verstorbenen Vertragsarztes

Sterbedatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TTMMJJJJ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arztnummer (LANR)

Die Vertretung wird durchgeführt von

Name	Vorname
Fachgebiet	Geburtsdatum TTMMJJJJ

Privatanschrift

Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
E-Mailadresse	

Zeitraum der Vertretung

von

TTMMJJJJ

 bis

TTMMJJJJ

Status der Person, die die Vertretung übernimmt	Erforderliche Nachweise	
<input type="checkbox"/> ist im Arztregister der KV Baden-Württemberg eingetragen	mit folgender LANR <table><tr><td>TTMMJJJJ</td></tr></table> <ul style="list-style-type: none">▪	TTMMJJJJ
TTMMJJJJ		
<input type="checkbox"/> ist im Arztregister einer anderen KV eingetragen mit folgender LANR <table><tr><td>TTMMJJJJ</td></tr></table>	TTMMJJJJ	<ul style="list-style-type: none">▪ Arztregisterauszug oder▪ Kopie Approbations- und Facharzturkunde▪ Privatanschrift des Vertreters
TTMMJJJJ		
<input type="checkbox"/> hat keinen Arztregistereintrag	<ul style="list-style-type: none">▪ Kopie Approbations- und Facharzturkunde▪ Privatanschrift des Vertreters	

Datenschutzhinweis

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) nach § 284 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten erhebt, speichert und entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag verarbeitet.

Bei Fragen zum Antrag können wir Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

Name des Ansprechpartners	Vorname des Ansprechpartners
Telefonnummer	E-Mail-Adresse
Ort, Datum	Unterschrift des Bevollmächtigten