

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

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](mailto:vertreter_antraege@kvbawue.de)

## Vertretermeldung bei beendeter Anstellung

gemäß § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV

Es können nur **vollständig ausgefüllte** und **unterschiedene Anträge** bearbeitet werden. Bitte beachten Sie, dass eine rückwirkende Genehmigungserteilung nicht möglich ist. Maßgeblich ist das Eingangsdatum der vollständigen Vertretermeldung bei der KVBW.

Bitte nach Möglichkeit maschinell ausfüllen, unterschreiben und einsenden!

### Anzeigebefugte Person

Name

Vorname

### Der Antrag zur Vertretung ist für:

- einen angestellten Arzt
- Ich bin bevollmächtigt (Vollmacht bitte beifügen).

Vertretungsgrund	Erforderlicher Nachweis
<input type="checkbox"/> Kündigung <input type="checkbox"/> Aufhebungsvertrag <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Tod des Angestellten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kopie der Beendigungsmeldung an die zuständige Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Freistellung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Freistellungsnachweis</li> <li>▪ Kopie der Meldung an die zuständige Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses</li> </ul>

**Zeitraum der Vertretung:**

von 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

 bis 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

**Vertreten werden soll:**

\_\_\_\_\_  
Name des ausgeschiedenen Arztes

\_\_\_\_\_  
Vorname des ausgeschiedenen Arztes

\_\_\_\_\_  
Arzt Nummer (LANR)

**Die Vertretung wird durchgeführt von:**

- externer Vertreter  Angestellter der Praxis/MVZ
- BAG-Partner (bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um keine Vertretung, sondern um eine interne Patientenübernahme handelt)

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Fachgebiet

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
TTMMJJJJ

**Privatanschrift**

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mailadresse

Status der Person, die die Vertretung übernimmt	Erforderliche Nachweise										
<input type="checkbox"/> ist im Arztregister der KV Baden-Württemberg eingetragen	mit folgender LANR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
<input type="checkbox"/> ist im Arztregister einer anderen KV eingetragen mit folgender LANR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arztregisterauszug oder</li> <li>▪ Kopie Approbations- und Facharzturkunde</li> <li>▪ Privatanschrift des Vertreters</li> </ul>
<input type="checkbox"/> hat keinen Arztregistereintrag	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kopie Approbations- und Facharzturkunde</li> <li>▪ Privatanschrift des Vertreters</li> </ul>										

Besteht die **Abwesenheit nur teilweise** und Sie planen an einzelnen Tagen zusammen mit dem o. g. ärztlichen Fachpersonal zu arbeiten, so liegt keine Vertretung im eigentlichen Sinne vor, sondern es ist eine **Sicherstellungsassistenz** zu beantragen. Die hierzu notwendigen Informationen und das Antragsformular stehen Ihnen unter [www.kvbawue.de/sicherstellung](http://www.kvbawue.de/sicherstellung) zur Verfügung.

Bitte beachten Sie auch die Hinweise und Informationen zur Vertretung auf der Homepage der KVBW unter [www.kvbawue.de/vertreter](http://www.kvbawue.de/vertreter).

### 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

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift des Bevollmächtigten / ärztlichen Leiters MVZ

Bitte beachten Sie, dass mit einer Bearbeitungszeit von bis zu vier Wochen zu rechnen ist.