

Anzeige über die Vertretung nach Beendigung eines Anstellungsverhältnisses

Angaben zur Praxis

BSNR _____

Praxisname _____

Praxisanschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

Angaben der zu Vertretenen/des zu Vertretenen

Name _____

Vorname _____

Titel _____

Geburtsdatum _____

Facharzt/-ärztin für _____

Therapeut/in Approbation als _____

Fachkunde in _____

angestellt mit _____ Stunden/Woche

Grund der Vertretung

Kündigung Tod andere Gründe _____

zum _____

(Die Beendigung der Anstellung ist gegenüber dem Zulassungsausschuss gesondert anzuzeigen.)

Angaben zur Vertreterin/zum Vertreter

Name _____

Vorname _____

Titel _____

Geburtsdatum _____

Facharzt/-ärztin _____

Therapeut/in Approbation als _____

Fachkunde in _____

Privatanschrift _____

(Arztregisterauszug oder je beglaubigte Kopien der Facharzturkunde/Approbation/
Fachkunde in Kopie zwingend beifügen)

Zeitraum und Umfang der Vertretung

Zeitraum von _____ bis _____

mit _____ Stunden/Woche

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des
Antragstellers/Praxisstempel

Hinweis:

Gemäß § 32b Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) ist die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt zulässig; § 32 Absatz 1 und 4 gilt entsprechend. Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt ist für die Dauer von **sechs Monaten** zulässig, wenn der angestellte Arzt freigestellt ist oder das Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet ist. Eine Vertretung nach Beendigung eines Anstellungsverhältnisses ist maximal in dem Umfang möglich, wie auch die bisherige Anstellung erfolgte.

Anlage zur Anzeige über die Vertretung nach Beendigung eines Anstellungsverhältnisses

Erklärung des Antragsstellers

Erbringen Vertreter Leistungen, für deren Erbringung eine Qualifikation gemäß § 11 BMV-Ä Voraussetzung ist, hat sich der Vertretene darüber zu vergewissern, dass die Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt sind. Sind diese Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllt, dürfen die Leistungen, die eine besondere Qualifikation erfordern, nicht erbracht werden.

Hiermit erkläre ich, dass ich diese Voraussetzung zur Kenntnis genommen habe und mich davon überzeugt habe, dass die Vertretung zur Erbringung von qualifikationsgebundenen Leistungen die geforderten Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des
Antragstellers/Praxisstempel