

Arztstempel



per Fax: 03643 559-791 oder E-Mail: arztregister@kvt.de

**ANTRAG auf Vertretung eines angestellten Arztes (§ 32 b Abs. 6 Ärzte-ZV)**

**Antragsteller(in)**

.....  
Titel, Name(n), Vorname(n) bzw. Name des MVZ

**Angaben zum Arzt/zur Ärztin, der/die vertreten werden soll**

.....  
Titel, Name, Vorname

.....  
Fachgebietsbezeichnung

.....  
Praxisanschrift

ist freigestellt vom ..... bis .....

hat/wurde gekündigt zum .....

Der Zulassungsausschuss wurde am ..... darüber schriftlich informiert.

**Vertretung (längstens 6 Monate)**

vom ..... bis ..... im Umfang von ..... Stunden

**durch:**

.....  
Titel, Name, Vorname

.....  
Fachgebietsbezeichnung

.....  
Praxisanschrift

im Arztregister der KV Thüringen eingetragen

nicht im Arztregister der KV Thüringen eingetragen (aktuelle amtlich beglaubigte Kopien der Approbation und der FA-Anerkennung beifügen)

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift Vertretung

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift Vertragsarzt bzw. ärztliche Leitung /  
Geschäftsführung MVZ