

Dienständerung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

 Arztstempel

Bitte vollständig, gut leserlich und in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen:
 Haben Sie Verständnis, dass bei fehlenden Angaben oder Unleserlichkeit das Formular unbearbeitet zurückgesandt wird.

Angaben zur Dienständerung

Ort und Zeit			Dienstplan: bisher		Dienstplan: neu	
Bereich (Bsp.: ABF1)	Datum (TT.MM.JJ)	Uhrzeit (von - bis)	Zum Dienst verpflichtet (Vertragsarzt / MVZ / Poolarzt)	Dienstausübend (Angestellter Arzt oder Vertreter)	Zum Dienst verpflichtet (Vertragsarzt / MVZ / Poolarzt)	Dienstausübend (Angestellter Arzt oder Vertreter*)

Hinweis: Die Abrechnung erfolgt immer über die BSNR des Vertragsarztes / MVZ / Poolarztes, der in der Spalte „Zum Dienst verpflichtet“ eingetragen ist.

* Bei Dienstausbübung durch Vertreter ohne Rechtsbeziehung zur KVB bitte folgende Angaben zum Vertreter ergänzen:

Titel / Nachname / Vorname	Geburtsdatum	
Telefon	E-Mail	
Privatadresse		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mich nach § 11 Abs. 3 BDO-KVB persönlich vergewissert habe, dass die persönlichen und fachlichen Voraussetzungen in der Person des Vertreters erfüllt sind.

 Ort, Datum

 _____ 
Name (Druckbuchstaben) und **Unterschrift** des bisher dienstverpflichteten Arztes
 bzw. des bisher verantwortlichen Ärztlichen Leiters

Bitte senden Sie das Dienständerungsformular für

- **Unterfranken, Oberfranken, Mittelfranken** an das Postfach dienstaenderung.vbzn@kvb.de.
- **Oberbayern, Niederbayern, Schwaben** und die **Oberpfalz** an das Postfach dienstaenderung.vbzm@kvb.de.