

Urlaubs- / Abwesenheitsmitteilung

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 64 907

E-Mail: Arztregister@kvb.de

Stempel Praxis / MVZ

➔ Bitte möglichst **online** über
Meine KVB melden.

Diese ist bei einer Abwesenheit von mehr als einer Woche abzugeben (vgl. § 32 Abs. 1 S. 3 Ärzte-ZV i. V. m. § 17 Abs. 3 BMV-Ä). **Hinweis** für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen: Die Vertretung ist hier grundsätzlich unzulässig.

Abwesenheitsmeldung betrifft ausschließlich folgenden Arzt / Psychotherapeuten:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Name _____

Vorname _____

als Vertragsarzt/-psychotherapeut tätig

als Angestellter Arzt/Therapeut tätig

Abwesenheitsmeldung betrifft die gesamte Praxis:

BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NBSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Zeitraum und Grund der Abwesenheit

vom _____
Datum (immer angeben)

bis¹⁾ _____
Datum (immer angeben)

wegen

Urlaub

Krankheit

Entbindung

Fortbildung

Wehrübung

Ab einer Dauer von 3 Monaten (bei Entbindung ab 12 Monaten) ist die Vertretung durch die KVB zu genehmigen. Wegen Kündigung muss sofort eine Vertretung beantragt werden.

1) Bitte geben Sie immer ein (vorläufiges) Enddatum ein und melden Sie sich bei uns erneut bei Verlängerungen oder Änderungen.

Die Praxisvertretung erfolgt

unter Verwendung des „Abrechnungsscheins für ärztlichen Notfalldienst, Urlaub- bzw. Krankheitsvertretung“ (Muster 19) durch folgende/n niedergelassene/n Kollegen, mit dem/denen die Vertretung abgesprochen wurde:

(Name(n), Gebietsbezeichnung, Praxisort der/des Vertreter/-s)

durch folgende(n) Vertreter in meiner eigenen Vertragsarzt/-psychotherapeutenpraxis bzw. MVZ:

(Name(n), Gebietsbezeichnung, Praxisort der/des Vertreter/-s)

Die Abwesenheit des o. g. Arztes / Psychotherapeuten wird durch fachgleiche Partner der Berufsausübungsgemeinschaft aufgefangen (die erbrachten Leistungen können während der Abwesenheit nur über die LANR des/der anwesenden Partners im Rahmen der gemeinsamen Berufsausübung abgerechnet werden).

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt/-psychotherapeut/BAG-
Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter²⁾

2) Bei Abwesenheit von angestellten Ärzten ist der Praxisinhaber bzw. der MVZ-Vertretungsberechtigte zur Meldung und Unterschrift verpflichtet.



Änderungen Praxisbetrieb wegen Corona

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 64 907

E-Mail: Arztregister@kvb.de

Bitte möglichst **online** über
Meine KVB melden.

Stempel Praxis / MVZ

Die Änderung des Praxisbetriebs aufgrund der Corona-Pandemie ist unmittelbar anzuzeigen.

Betroffene Praxis / Praxen

BSNR: | | | | | | | | | | | |

NBSNR: | | | | | | | | | | | |

Zeitraum des eingeschränkten / angepassten Praxisbetriebs wegen Corona ¹⁾

vom _____
Datum (immer angeben)

(vorläufig) bis _____
Datum (immer angeben)

1) z.B. wegen Corona-Erkrankung in der Praxis, Praxisschließungen durch das Gesundheitsamt

Umfang und betroffene Vertragsärzte/-psychotherapeuten

Schließung der gesamten Praxis / aller Betriebsstätten (bitte Praxisvertretung benennen)

Einschränkungen im Praxisbetrieb:

gilt allgemein für die Praxis

nur für einen Teil der in der Praxis/ den Betriebsstätten tätigen Vertragsärzte/ -psychotherapeuten:

(optional LANR, Name, Vorname)

aufgrund des Ausfalls von Praxispersonal

(optional: Anteil des ausgefallenen Praxispersonal in %)

Die Praxisvertretung erfolgt

unter Verwendung des „Abrechnungsscheins für ärztlichen Notfalldienst, Urlaub- bzw. Krankheitsvertretung“ (Muster 19) durch folgende/n niedergelassene/n Kollegen, mit dem/denen die Vertretung abgesprochen wurde:

(Name(n), Gebietsbezeichnung, Praxisort der/des Vertreter/-s)

durch folgende(n) Vertreter in meiner eigenen Vertragsarzt/-psychotherapeutenpraxis bzw. MVZ:

(Name(n), Gebietsbezeichnung, Praxisort der/des Vertreter/-s)

Die Abwesenheit des o. g. Arztes / Psychotherapeuten wird durch fachgleiche Partner der Berufsausübungsgemeinschaft aufgefangen

Vertretung kann nicht benannt werden, daher ist die Unterstützung durch die KVB bei der Suche nach einer Vertretung erwünscht

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt/-psychotherapeut/BAG-Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter²⁾

2) Bei Abwesenheit von angestellten Ärzten ist der Praxisinhaber bzw. der MVZ-Vertretungsberechtigte zur Meldung und Unterschrift verpflichtet.

Ergänzung / Hinweis

Um einen Überblick über die Versorgungssituation zu erlangen, Versorgungsengpässe zu vermeiden und bei Bedarf rechtzeitig reagieren zu können, benötigen wir Ihre Rückmeldung, sobald Ihre Praxis wegen Corona in eingeschränktem Umfang betrieben oder geschlossen werden muss. **Ihre Meldung hilft uns auch dabei, im Folgejahr ein atypisches Aufsatzquartal für die Honorarverteilung leichter zu erkennen.** Wenn Sie nicht genau sagen können, wie lang sie von der Situation betroffen sind, geben Sie bitte ein vorläufiges Datum an und verlängern Sie ggf. die Meldung mithilfe einer neuen Meldung