

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Notdienste  
Vermittlungs- und Beratungszentrale  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

(KVB intern: DTN)

Arztstempel

## Dienstplanänderung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

### 1. Angaben zum Dienstaustausch

**Bereitschaftsdienstgruppe** \_\_\_\_\_

**Praxisort** \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie an, ob der **neue Arzt** den jeweiligen Dienst als

- niedergelassener Arzt (= N) selber abrechnet.
- Poolarzt (= P) mit eigener Abrechnung durchführt.
- Vertreter (= V) über Sie abrechnet.

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

HINWEIS: Bestehende Dienstabgabegesuche werden mit dieser Mitteilung vollständig entfernt.

Von Datum	Uhrzeit	Bis Datum	Uhrzeit	Bisheriger Arzt (Nachname/Vorname)	Neuer Arzt (Nachname/Vorname)	N / P / V

### 2. Dienstaustauschhotline (Änderungen senden Sie bitte spätestens **3 Werktage vor Dienstbeginn** schriftlich an die Dienstaustauschhotline. Kurzfristige Änderungen melden Sie bitte telefonisch.)

<p><b>Oberbayern, Niederbayern, Schwaben und Oberpfalz</b></p> <p>Fax 0 89 / 57 95 70 – 8 50 11 E-Mail <a href="mailto:dienstaenderung.vbzm@kvb.de">dienstaenderung.vbzm@kvb.de</a> Tel 089 / 579 570 850 10</p>	<p><b>Unter-, Mittel-, Oberfranken</b></p> <p>Fax 09 21 / 78 51 75 – 6 50 11 E-Mail <a href="mailto:dienstaenderung.vbzn@kvb.de">dienstaenderung.vbzn@kvb.de</a> Tel 0921 / 785 175 650 10</p>
--	--

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes 