

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

Arztstempel

(KVB intern: DTN)

Dienstplanänderung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Bitte vollständig, gut leserlich und in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen:

Haben Sie Verständnis, dass bei fehlenden Angaben oder Unleserlichkeit das Formular unbearbeitet zurückgesandt wird.

1. Angaben zum Diensttausch

Ort und Zeit			Dienstplan: bisher		Dienstplan: neu	
Bereich (Bsp.: ABF1)	Datum (TT.MM.JJ)	Uhrzeit (von - bis)	Dienstverpflichtet (Name des verantwortlichen Arztes oder MVZs)	Diensthabender Arzt (Angabe <u>nur</u> bei Ausführung durch Angestellten oder externen Vertreter)	Dienstverpflichtet (Name des verantwortlichen Arztes oder MVZs)	Diensthabender Arzt (Angabe <u>nur</u> bei Ausführung durch Angestellten oder externen Vertreter)

2. Angaben zur Abrechnung

Abrechnung erfolgt über:

lebenslange Arztnummer (LANR, 9-stellig)									Arzt (Nachname / Vorname)				Betriebsstättennummer (BSNR)							

Die Angabe von BSNR und LANR kann entfallen, wenn die Dienste von einem **Poolarzt** ausgeführt und abgerechnet werden. In diesem Fall schreiben Sie bitte „(POOL)“ hinter den Namen des Arztes.

Ort, Datum

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

Dienstplanänderung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst: Erreichbarkeit

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

Oberbayern, Niederbayern, Schwaben und Oberpfalz Fax: 0 89 / 57 95 70 – 8 50 11 E-Mail: dienstaenderung.vbzm@kvb.de Tel: 0 89 / 57 95 70 – 8 50 10	Unterfranken, Mittelfranken, Oberfranken Fax: 09 21 / 8 80 99 – 6 50 11 E-Mail: dienstaenderung.vbzn@kvb.de Tel: 09 21 / 8 80 99 – 6 50 10
---	---

4. **Angaben über externe Vertreter** (nur zur internen Verwendung im Rahmen der Dienstplanung):

Titel	
Nachname / Vorname	
Geburtsdatum	
Privatadresse	
Telefon	
E-Mail	

Ort, Datum

Name (Druckbuchstaben) und **Unterschrift** des Arztes bzw. des Ärztlichen Leiters

