

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Arztregister und Bedarfsplanung
Klassisches Arztregister
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Praxisstempel

E-Mail: arztregister@kvberlin.de

Antragsteller*in

(bei angestelltem Arzt oder angestellter Ärztin ist dies der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin, bei einem im MVZ oder BAG tätigen Arzt oder bei einer im MVZ oder BAG tätigen Ärztin ist es eine für das MVZ oder BAG vertretungsberechtigte Person)

Titel, Name, Vorname _____

Betriebsstättennummer _____

LANR _____

- Ich bin in einer Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassen.
- Ich bin für das MVZ _____ vertretungsberechtigt.

Die Antragstellung erfolgt für

- den*die Antragsteller*in persönlich *oder*
- folgende Person: _____
Titel, Name, Vorname
- angestellte Ärztin/ angestellter Arzt bei o. g. Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft
- Vertragsärztin/ Vertragsarzt im o. g. MVZ
- angestellte Ärztin/ angestellter Arzt im o. g. MVZ

Zeitraum:

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

 bis:

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

(TTMMJJJJ) (TTMMJJJJ)

Umfang: _____ Stunden in der Woche

Vertretungsgrund: (Bitte jeweils einen entsprechenden Nachweis als Kopie beifügen.)

- Krankheit (ärztliches Attest notwendig)
- Pflege von nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung (ärztliche Bescheinigung notwendig)
- Erziehung von Kindern (Geburtsurkunden der unter 18 Jahre alten Kinder notwendig; sollte keine Geburtsurkunde vorliegen, kann kein Antrag eingereicht werden)
- Fortbildung/Wehrübung (Bestätigung des Fortbildungsinstituts, der Bundeswehr notwendig)

**Vertretungsgründe, welche ausschließlich für Vertragsärztinnen/ Vertragsärzte und
Vertragspsychotherapeutinnen/ Vertragspsychotherapeuten nutzbar sind:**

- Politische Tätigkeit (bitte Nachweis als Kopie beifügen)
- Berufspolitische Tätigkeit (bitte Nachweis als Kopie beifügen)
- Wissenschaftliche Tätigkeit (bitte Nachweis als Kopie beifügen)
- Ausübung eines Wahlamtes (Benennung des Wahlamtes notwendig)
- psychotherapeutische Supervisorentätigkeit (bitte Nachweis als Kopie beifügen)

Die Vertretung erfolgt durch:	Vertretung 1	Vertretung 2	Vertretung 3
Name:			
Vorname:			
BSNR: (soweit vorhanden)			
LANR: (soweit vorhanden)			
Erfolgt die Vertretung in der Praxis der zu vertretenden Person?			
Erfolgt die Vertretung in der Praxis der vertretenden Person? (kollegiale Vertretung)			
Umfang in Stunden pro Woche:			
Ist ein Arztregistereintrag bei der KV Berlin vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Falls die Approbationsurkunde und die Fachkunde der Vertretungen dem Arztregister noch nicht vorliegen sollten, bitten wir um Zusendung der Kopien.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

Die Vertretung darf erst ab dem Tag tätig werden, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist. Die erforderlichen Nachweise sind dem Antrag in Kopie beizulegen.

Die Genehmigung kann in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilt werden, wenn der KV Berlin die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen. Auf der Internetseite der KV Berlin können Sie zum Thema „Vertretung/Assistenz in der Praxis“ weitere Informationen einsehen.

Ich (Antragsteller*in und der ggf. beim Antragsteller/ bei der Antragstellerin tätige Arzt/ tätigen Ärztin) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an.

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift