

# MITTEILUNG ÜBER DIE ÜBERNAHME EINES NOTDIENSTES



KZV Berlin  
Abt. Zulassung  
Georg-Wilhelm-Str. 16  
10711 Berlin

[zulassung@kzv-berlin.de](mailto:zulassung@kzv-berlin.de)  
Fax: 030 89004-46353

KZV-Abrechnungsstempel

## Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass der Kollege/die Kollegin, von dem/der Sie den Notdienst übernommen haben, im gleichen Bezirk tätig ist und dass wir von ihm/ihr eine schriftliche Mitteilung über die Notdienstübernahme benötigen. Sollten Sie als angestellter Zahnarzt einen Notdienst übernehmen, ist zusätzlich die Unterschrift Ihres Arbeitgebers erforderlich.

Hiermit teile ich, \_\_\_\_\_ mit,  
Name, Vorname

dass ich den Notdienst von Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr übernehme.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxisinhaber