

MITTEILUNG ÜBER EINE VERTRETUNG
DER VERTRAGSZAHNÄRZTIN / DES VERTRAGSZAHNARZTES
GEM. § 32 ZÄ-ZV



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

E-Mail: zulassung@kzv-berlin.de
Fax: 030 89004-46353



Ich werde in meinen Praxisräumen vertreten im Zeitraum*

vom _____ bis zum _____

im Umfang von _____ Wochenstunden.

Die Vertretung erfolgt durch die Kollegin/den Kollegen:

Name der Vertreterin/des Vertreters

private Adresse der Vertreterin/des Vertreters

Die Vertretung erfolgt aus folgendem Grund:

- Urlaub
- Krankheit (Attest mit Diagnose erforderlich, wenn Vertretung drei Monate überschreitet)
- Fortbildung
- Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit
- Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen

Datum

Unterschrift

* Die Vertretung ist mitzuteilen, wenn sie länger als eine Woche dauert.