

Absender:
Name:
Straße:
Plz/Ort:

An die
Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Postfach
23782 Bad Segeberg

Rücksendung bitte
als Standardbrief oder
an Fax-Nr.: 04551 883 209

Erklärung gem. § 17 (3) des Bundesmantelvertrages/Ärzte

Ich bin in der Zeit vom bis

an der Praxisausübung verhindert wegen

Urlaub Fortbildung Krankheit

Wehrübung

(Antrag auf Gewährung von Sonderhonorar bei Krankheit
für zugelassene Vertragsärzte muss gesondert gestellt werden.)

und werde

durch einen eigenen Vertreter in der Praxis vertreten.

Name des Vertreters: *)

Der Vertreter ist/war Vertragsarzt.

Der Vertreter ist kein Vertragsarzt; er besitzt eine Facharztanerkennung entsprechend
meinem Fachgebiet.

durch folgende benachbarte Vertragsärzte vertreten: *)

.....

(Zutreffendes bitte ankreuzen; *) unbedingt angeben)

.....

Ort und Datum

.....

Vertragsarztstempel und Unterschrift