**Erweiterter Landesausschuss in**

**Schleswig-Holstein**



Erweiterter Landesausschuss in Schleswig-Holstein

Geschäftsstelle

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

Tel.: 04551/883-493

**Bitte nur ausfüllen, wenn die Vertretung nicht**

**bereits Mitglied des interdisziplinären Teams ist.**

Fax: 04551/883-276

**Urlaubs-/Abwesenheitsmitteilung**

Gemäß § 3 Abs. 4 Satz 3 ASV-RL sind ASV-Berechtigte verpflichtet, Vertretungen die länger als eine Woche dauern, jeweils dem erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. Dieses Formular ist bei einer Abwesenheit von mehr als einer Woche abzugeben.

|  |
| --- |
| **ASV-Team** |
| Name:  Erkrankung:  Teamnummer: |

Abwesender Arzt:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LANR: |  | BSNR/IK: |  |  |  |
| Name: |  | Vorname: |  | Titel: |  |
| Fachgebiet: |  | | | | |
| Zeitraum der Abwesenheit: | | vom: | | bis: | |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum | Unterschrift Vertragsarzt/-psychotherapeut bzw. KH/MVZ-Vertretungsberechtigter |
|  |

Die Vertretung erfolgt durch:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LANR: |  | BSNR/IK: |  |  | |
| Name: |  | Vorname: |  | Titel: |  |
| Fachgebiet: |  | | | | |
| Tätigkeitsort:  (Anschrift) |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Nachweis der Voraussetzungen: | beigefügt  Anforderung bei KVSH (Arztregisterauszug gemäß § 2 Ärzte-ZV) |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum | Unterschrift des Vertreters (Vertragsarzt/-psychotherapeut bzw. KH/MVZ-Vertretungsberechtigter) |
|  |