

# Erweiterter Landesausschuss in Schleswig-Holstein



Erweiterter Landesausschuss in Schleswig-Holstein  
Geschäftsstelle  
Bismarckallee 1-6  
23795 Bad Segeberg

Tel.: 04551/883-493  
Fax: 04551/883-276

**Bitte nur ausfüllen, wenn die Vertretung nicht bereits Mitglied des interdisziplinären Teams ist.**

## 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:	<input type="checkbox"/> beigefügt  <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Arztregisterauszug gemäß § 2 Ärzte-ZV)
-------------------------------	---

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