





Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
Abteilung Personal und Finanzen
 Mitgliederfachbereich
 Frau Doris Eppel
 Bismarckallee 1 - 6
 23795 Bad Segeberg

 Frau Doris Eppel
 04551/883 220
 04551/883 7220
 Doris.Eppel@kvsh.de

Antrag auf Zuschuss Praxisvertreter im Krankheitsfall und/oder Entbindung

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|
| Beantragt wird der Zuschuss Praxisvertreter im Krankheitsfall für: | | <input type="checkbox"/> mich | <input type="checkbox"/> meine/n Angestellte/n |
| Im Zeitraum von: | bis | | |
| Beigelegt ist: | <input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung <input type="checkbox"/> Nachweis der Beschäftigung eines externen Praxisvertreters ab der 5. Krankheitswoche* | | |
| <small>*Ohne Nachweis ist die Gewährung des Zuschusses maximal bis zum Ende der 4. Krankheitswoche möglich.</small> | | | |
| Beantragt wird, für die Dauer der Mutterschutzfrist nach Entbindung, ein Zuschuss aufgrund einer Entbindung am: | | | |
| Zusätzliche Angaben, falls zutreffend: | <input type="checkbox"/> Mehrling | <input type="checkbox"/> Frühchen | |
| Ein Nachweis (z.B. Geburtsurkunde) liegt dem Antrag bei. | | | |

Notwendige Angaben:

| | |
|--|--|
| BSNR | |
| Antragsteller/Antragstellerin | |
| Name Erkrankte/-r – Name Mutter bei Entbindung | |

Verbindliche Angaben:

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Während der Erkrankung/Mutterschutzfrist wurden ärztlich abrechenbare Leistungen erbracht. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|--|-----------------------------|-------------------------------|

Nur im Krankheitsfall auszufüllen:

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Es wird aufgrund der gleichen Erkrankung erneut eine Zahlung des Zuschuss Praxisvertreter in Anspruch genommen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Eine Berufsunfähigkeitsrente wird bezogen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Während der Erkrankung erfolgte eine externe Vertretung in den Praxisräumlichkeiten des Antragstellers. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Eine Überweisung des Zuschusses erfolgt über die vorliegende IBAN der Betriebsstätte.

Die Kenntnisnahme über die entsprechenden Regelungen zum Statut über die Durchführung von Gemeinschaftsaufgaben der KVSH, welche auf der KVSH Homepage hinterlegt sind, wird hiermit bestätigt.

Darüber hinaus wird zur Kenntnis genommen, dass bei einer Vertretung für die Dauer von über 3 Monaten innerhalb der letzten 12 Monaten eine Genehmigung bei der KVSH zu beantragen ist.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen sind wir nicht berechtigt Ihre ärztlichen Bescheinigungen dauerhaft zu speichern und senden Ihnen diese nach Antragsbearbeitung zurück. Sollte Ihrerseits ein Folgeantrag eingereicht werden, so muss diesem die ärztliche Bescheinigung erneut beigefügt werden.
Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie unserer Homepage.

Ort, Datum

Unterschrift