



Vertretungsbestätigung

.....
Name der vertretenen Ärztin
Name des vertretenen Arztes

.....
Ordinationsadresse, Stampiglie

Ich bestätige hiermit, dass mich

Frau/Herr Dr.

in der Zeit von bis

insgesamt Tag(e) in meiner Ordination vertreten hat.

.....
Unterschrift
der vertretenen Ärztin/
des vertretenen Arztes

.....
Unterschrift
der vertretenden Ärztin/
des vertretenden Arztes

Achtung:

Die Nachweise sind unmittelbar nach erbrachter Vertretung bzw. bis längstens am Ende des Quartals, in dem die Vertretung erbracht wurde, gemäß § 13 Nachweise Abs 1 der Richtlinie für die Auswahl von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen bei der Ärztekammer einzureichen. Nachträglich eingelangte Vertretungsmeldungen werden nicht anerkannt.