

KZV Berlin  
Zulassungsabteilung  
Georg-Wilhelm-Str. 16  
10711 Berlin

Fax: 89004-353

**Hinweis:**

Bitte beachten Sie, dass Ihr „Tauschpartner“ im gleichen Bezirk tätig sein muss und dass wir von ihm auch eine schriftliche Mitteilung über den Tausch benötigen. Sollten Sie als Angestellter Zahnarzt zum Notdienst eingeteilt worden sein, ist zusätzlich die Unterschrift Ihres Arbeitgebers erforderlich.

**Mitteilung über den Notdiensttausch**

Hiermit teile ich,....., meinen Tausch des Notfalldienstes mit.  
Name, Vorname

Notfalldienst **alt** am ..... von ...Uhr bis ...Uhr

Notfalldienst **neu** am ..... von ...Uhr bis ...Uhr

Mein Tauschpartner ist Herr / Frau .....  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des eingeteilten Zahnarztes

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift Arbeitgeber