

# MITTEILUNG ÜBER DIE ABGABE MEINES NOTDIENSTES



KZV Berlin  
Abt. Zulassung  
Georg-Wilhelm-Str. 16  
10711 Berlin

Fax: 030 89004-46353

KZV-Abrechnungsstempel

## Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass der Kollege/die Kollegin, an den/die Sie den Notdienst abgeben, im gleichen Bezirk tätig ist und dass wir von ihm/ihr eine schriftliche Mitteilung über die Notdienstübernahme benötigen. Sollten Sie als angestellter Zahnarzt einen Notdienst abgeben, ist zusätzlich die Unterschrift Ihres Arbeitgebers erforderlich.

Hiermit teile ich, \_\_\_\_\_ mit,  
Name, Vorname

dass ich meinen Notdienst am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

abgegeben habe.

Der Notdienst wird von Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

übernommen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxisinhaber