

# MITTEILUNG ÜBER DEN TAUSCH MEINES NOTDIENSTES



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

[zulassung@kzv-berlin.de](mailto:zulassung@kzv-berlin.de)  
Fax: 030 89004-46353



## Hinweis:

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

Hiermit teile ich, \_\_\_\_\_, meinen Tausch des Notdienstes mit.  
Name, Vorname

Notdienst **alt** am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

Notdienst **neu** am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

Mein Tauschpartner ist

Herr/Frau \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragszahnarzt/ärztin