

MITTEILUNG ÜBER EINE VERTRETUNG
DER VERTRAGSZAHNÄRZTIN/DES VERTRAGSZAHNARZTES
GEM. § 32 ZÄ-ZV



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

zulassung@kzv-berlin.de
Fax: 030 89004-46353

KZV-Abrechnungsstempel

Ich werde in meinen Praxisräumen vertreten in dem Zeitraum
vom _____ bis zum _____.

Die Vertretung erfolgt durch die Kollegin/den Kollegen

Name der Vertreterin/des Vertreters

Privatanschrift der Vertreterin/des Vertreters

Die Vertretung erfolgt aus folgendem Grund:

- Urlaub
- Krankheit (Attest erforderlich, wenn Vertretung drei Monate überschreitet)
- Fortbildung
- Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit
- Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen

Datum

Unterschrift