

MITTEILUNG ÜBER EINE VERTRETUNG DER ANGESTELLTEN
ZAHNÄRZTIN/DES ANGESTELLTEN ZAHNARZTES
GEM. § 32b ABS. 6, 32 ZÄ-ZV



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

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

KZV-Abrechnungstempel

Meine angestellte Zahnärztin/mein angestellter Zahnarzt _____

wird in meinen Praxisräumen vertreten im Zeitraum

vom _____ bis zum _____ .

Die Vertretung erfolgt durch die Kollegin/den Kollegen

Name der Vertreterin/des Vertreters

private Adresse 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 des Arbeitgebers