

MITTEILUNG ÜBER SCHWANGERSCHAFT, MUTTERSCHUTZ,
ELTERZEIT VON ZAHNÄRZTINNEN UND ZAHNÄRZTEN



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

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



Die Zahnärztin/der Zahnarzt

Name der Zahnärztin/des Zahnarztes

ist in folgendem Zeitraum

vom _____ bis voraussichtlich zum _____

aufgrund von Schwangerschaft, Mutterschutz oder Elternzeit nicht tätig.

Diesbezügliche Änderungen werden wir zeitnah mitteilen.

Datum

Unterschrift der Praxisinhaberin/des Praxisinhabers
bei MVZ Unterschrift der Geschäftsführerin/des Geschäftsführers