

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

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



Meine angestellte Zahnärztin/mein angestellter Zahnarzt

\_\_\_\_\_  
Name der angestellten Zahnärztin/des angestellten Zahnarztes

wird in meinen Praxisräumen vertreten im Zeitraum\*

vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

im Umfang von \_\_\_\_\_ Wochenstunden.

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 mit Diagnose erforderlich, wenn Vertretung drei Monate überschreitet)
- Fortbildung
- Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit
- Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitgebers

\* Die Vertretung ist mitzuteilen, wenn sie länger als eine Woche dauert.