

# Abwesenheits- / Vertretungsmeldung

Nur auszufüllen bei einer Abwesenheit von mehr als einer Woche.

Bitte senden Sie das in Blockbuchstaben ausgefüllte Formular an

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

BeratungsCenter/E-Mail:

- bitte auswählen -



|   |                                 |      |
|---|---------------------------------|------|
| Betriebsstättennummer (BSNR):   | Name Praxis / MVZ:              |      |
| <input type="checkbox"/> Vertragsarzt <input type="checkbox"/> angestellter Arzt<br>Name des abwesenden Arztes *: | Lebenslange Arzt-Nummer (LANR): |      |
| Praxisadresse<br>Straße   | Abwesenheit                     |      |
| PLZ                      Ort  | von:                            | bis: |

## Grund der Abwesenheit:

- Urlaub     Ärztliche Fortbildung     Erkrankung     Wehrübung     Entbindung eines Kindes
- Während meiner Abwesenheit übernehmen folgende **an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte (gleicher Fachgruppe)** die Versorgung der Patienten:

|         |
|---------|
| Praxis: |
| Praxis: |

## Die Vertretung wird in meinen Räumen wahrgenommen durch:

|       |          |
|-------|----------|
| Name: | Wohnort: |
|-------|----------|

- ist zugelassener Vertragsarzt\* gleicher Fachgruppe
- ist Facharzt für \_\_\_\_\_ und ich habe mich davon überzeugt, dass bei diesem Kollegen die deutsche Approbation und die Facharzturkunde vorliegt.

## Für Vertretungen bei Vakanz eines ärztlichen Angestelltensitzes (gem. § 32 b (6) Ärzte-ZV):

- Beendigung wurde noch nicht durch ZA festgestellt                       Beendigung wurde bereits durch ZA festgestellt

## Die Vertretung erfolgt durch:

|       |                         |                  |      |
|-------|-------------------------|------------------|------|
| Name: | LANR, sofern vorhanden: | Abwesenheit von: | bis: |
|-------|-------------------------|------------------|------|

- ist zugelassener Vertragsarzt\* gleicher Fachgruppe
- ist Facharzt für \_\_\_\_\_ und ich habe mich davon überzeugt, dass bei diesem Kollegen die deutsche Approbation und die Facharzturkunde vorliegt.
- Arztregisterauszug oder beglaubigte Approbation u. Facharzturkunde beigelegt**

Gem. § 32 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) kann sich der Vertragsarzt bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung innerhalb von zwölf Monaten bis zu einer Dauer von drei Monaten vertreten lassen. Eine Vertragsärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von zwölf Monaten vertreten lassen. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist sie der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen. Der Vertragsarzt darf sich grundsätzlich nur durch einen anderen Vertragsarzt oder durch einen Arzt, der die Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 der Ärzte-ZV erfüllt, also die Approbation als Arzt und eine abgeschlossene Facharztanerkennung besitzt, vertreten lassen. Überschreitet innerhalb von zwölf Monaten die Dauer der Vertretung einen Monat, kann die Kassenärztliche Vereinigung beim Vertragsarzt oder beim Vertreter überprüfen, ob der Vertreter die Voraussetzungen nach Satz 5 erfüllt und keine Ungeeignetheit nach § 21 vorliegt. Eine ausreichende Qualifikation und Zugehörigkeit zum gleichen Fachgebiet sind auch Voraussetzungen, die die Berufsordnung vorschreibt. Leistungen für die ein spezieller Qualifikationsnachweis erforderlich ist (z. B. Sonographie, Röntgen usw.) kann ein Vertragsarzt im Fall der Vertretung nur abrechnen, wenn auch der Vertreter diese Qualifikation besitzt (§ 14 Abs. 1 BMV-Ä).

\*\*Gem. § 32b Abs. 6 ist die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt zulässig; § 32 Absatz 1 und 4 gilt entsprechend. Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt ist für die Dauer von sechs Monaten zulässig, wenn der angestellte Arzt freigestellt ist oder das Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet ist. Hat der angestellte Arzt einen gesetzlichen Anspruch auf Freistellung, ist eine Vertretung für die Dauer der Freistellung zulässig.

Ort und Datum: .....

Unterschrift und Abrechnungsstempel: .....

\*Die folgenden Ausführungen beziehen sich immer auf die Gesamtheit der von der Kassenärztlichen Vereinigung vertretenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, auch wenn aus sprachlicher Vereinfachung die Psychotherapeuten nicht immer genannt werden und auch zwischen weiblichen sowie männlichen Anreden nicht unterschieden wird.  
Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Stand: 30.11.2021