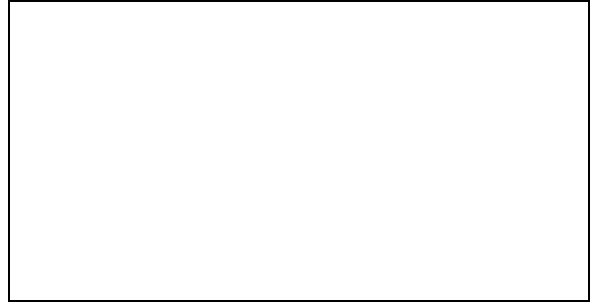


Dieses Formular ist **vollständig** auszufüllen!



Arztstempel

**Mitteilung über die Verhinderung an der persönlichen Ausübung
der psychotherapeutischen Tätigkeit**

(gem. § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV i.V.m. § 17 Abs. 3 BMV-Ä, § 20 Abs. 3 AEKV)

- a) **rechtzeitig vor Beginn** einer über 1 Woche dauernden Abwesenheit
b) bei Krankheit **spätestens** am 8. Tag der Erkrankung

Ich bin an der persönlichen Ausübung meiner psychotherapeutischen Tätigkeit verhindert wegen:

- Urlaub
 Krankheit sonstigen Gründen _____

vom _____ bis _____

Datum

Unterschrift Arzt/Therapeut

Unterschrift d. ärztl. Leiters
(sofern Medizinisches Versorgungszentrum)