

Arztstempel:

Änderungsmitteilung für Ärzte/Psychotherapeuten der KV Sachsen

Änderung der Wohnanschrift

Änderung ab: -----

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon-Nr.

FAX-Nr.

Mail-Adresse

Änderung der Praxisdaten

Änderung ab: -----

Telefon-Nr.

FAX-Nr.

Mail-Adresse

Änderung der Sprechzeiten

Änderung ab: -----

Wochentag	Vormittag	Nachmittag
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
und nach Vereinbarung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Ergänzung von Gebiets-, Teilgebiets- und Zusatzbezeichnungen; Fachkunden und fakultativen Weiterbildungen

Nachweise -----

Voraussetzung für die Ergänzung im Arztregister ist die Vorlage der Urkunde bzw. des Zertifikates im **Original oder** als **amtlich beglaubigte Kopien**, die den Vorgaben gemäß SGB X § 29 entsprechen.

Der Beglaubigungsvermerk erfüllt die Bedingungen des SGB X § 29, wenn

- das Schriftstück genau bezeichnet ist
- eine genaue Übereinstimmung der Ablichtung/Kopie mit der Urschrift bestätigt wird
- die KVS als Behörde für deren Verwendung die Beglaubigung erstellt wurde, bezeichnet ist und
- Ort, Datum, Unterschrift des Mitarbeiters und Dienstsiegel der zur Beglaubigung berechtigten Behörde aufgeführt sind.

Weitere Änderungen bzw. Ergänzungen:

Ort / Datum

Unterschrift