

Ressort Vertragsärztliche Versorgung  
Zulassungsausschuss Ärzte Chemnitz  
Postfach 11 64  
09070 Chemnitz



**Mitteilung über die Reduzierung  
eines bestehenden Anstellungsverhältnisses**

**1. Anstellender Arzt/anstellende BAG/anstellendes MVZ**

**Vertragsarzt/BAG**

.....  
Titel, Name, Vorname/BAG-Name

.....  
Fachgebiet

**MVZ**

.....  
MVZ-Name

.....  
Name ärztlicher Leiter

.....  
Name MVZ-Vertretungsberechtigter

**2. Angaben angestellter Arzt**

.....  
Titel, Vorname, Name

.....  
Fachgebietsbezeichnung (ggf. Schwerpunktbezeichnung)

.....  
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Str., Hausnummer)

**3. Mitteilung Reduzierung der Angestelltentätigkeit**

aktueller Anstellungsfaktor	zukünftiger Anstellungsfaktor			
	1,0	0,75	0,5	0,25
1,0		☐	☐	☐
0,75			☐	☐
0,5				☐
0,25				

**mit Wirkung ab dem** .....  
Datum der Änderung

**4. Anlagen zur Mitteilung**

**Der aufgrund dieser Änderungsmitteilung angepasste Arbeitsvertrag ist dieser Mitteilung beizufügen!**

**5. Verzicht Nachbesetzung**

JA                       NEIN

**Hinweis:** Grundsätzlich besteht ein sechsmonatiges Nachbesetzungsrecht für den frei werdenden Stellenanteil. Während dieser Zeit besteht die Pflicht zur Teilnahme der Praxis am ärztlichen Bereitschaftsdienst unter Berücksichtigung des nachbesetzungsfähigen Arztsitzes fort, es sei denn, auf die Möglichkeit zur Nachbesetzung wird verzichtet.

**Hinweise Datenschutz**

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz](http://www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz).

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Praxisinhaber/BAG-Vertreter

Bei MVZ:

.....  
Ort, Datum

.....  
MVZ-Vertretungsberechtigter

.....  
Ärztlicher Leiter MVZ