



Dieses Formular ist **vollständig** auszufüllen und **per Fax oder Email** an die jeweilige Bezirksgeschäftsstelle zu senden!

| | |
|--|--|
| Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Fax 0371 2789-491 oder Email sicherstellung.chemnitz@kvsachsen.de | |
| Bezirksgeschäftsstelle Dresden Fax 0351 8828-333 oder Email sicherstellung.dresden@kvsachsen.de | |
| Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Fax 0341 2432-444 oder Email sicherstellung.leipzig@kvsachsen.de | |

Vertragsarztstempel

Meldung von Abwesenheiten oder von Änderungen der Sprechstundenzeiten entsprechend den Verpflichtungen gem. § 11 a Abs. 4 HVM (Coronapandemiebedingter Not-HVM)

für Vertragsärzte

LANR: _____ Name, Vorname: _____

1. Anpassung der Sprechzeiten (bitte nur Änderungen eintragen):

vom _____ bis _____

| Wochentag | Vormittag | Nachmittag |
|---------------------------------------|-----------|------------|
| Montag | | |
| Dienstag | | |
| Mittwoch | | |
| Donnerstag | | |
| Freitag | | |
| Samstag | | |
| und nach Vereinbarung [] ja [] nein | | |

2. Tageweise Abwesenheiten

Ich bin an der persönlichen Ausübung meiner Praxis verhindert wegen:

- Urlaub
 Krankheit sonstigen Gründen _____

am _____ oder vom _____ bis _____

Meine Vertretung erfolgt

- durch folgenden **ärztlichen Kollegen**

| BSNR | LANR | Name | Praxisort |
|------|------|------|-----------|
| | | | |

Ich bestätige, dass die Vertretung mit dem Kollegen abgesprochen wurde.

Datum

Unterschrift des Arztes

Unterschrift des ärztlichen Leiters
(sofern med. Versorgungszentrum)



Dieses Formular ist **vollständig** auszufüllen und **per Fax oder Email** an die jeweilige Bezirksgeschäftsstelle zu senden!

| | |
|--|--|
| Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Fax: 0371 2789-491 oder Email: sicherstellung.chemnitz@kvsachsen.de | |
| Bezirksgeschäftsstelle Dresden Fax: 0351 8828-333 oder Email: sicherstellung.dresden@kvsachsen.de | |
| Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Fax: 0341 2432-444 oder Email: sicherstellung.leipzig@kvsachsen.de | |

Vertragsarztstempel

Meldung von Abwesenheiten oder von Änderungen der Sprechstundenzeiten entsprechend den Verpflichtungen gem. § 11 a Abs. 4 HVM (Coronapandemiebedingter Not-HVM) für Vertragspsychotherapeuten

LANR: _____ Name, Vorname: _____

1. Anpassung der Sprechzeiten (bitte nur Änderungen eintragen):

vom _____ bis _____

| Wochentag | Vormittag | Nachmittag |
|---------------------------------------|-----------|------------|
| Montag | | |
| Dienstag | | |
| Mittwoch | | |
| Donnerstag | | |
| Freitag | | |
| Samstag | | |
| und nach Vereinbarung [] ja [] nein | | |

2. Tageweise Abwesenheiten

Ich bin an der persönlichen Ausübung meiner Praxis verhindert wegen:

- Urlaub
 Krankheit sonstigen Gründen _____

am _____ oder vom _____ bis _____

Datum

Unterschrift des Psychotherapeuten

Unterschrift des ärztlichen Leiters
(sofern med. Versorgungszentrum)