



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. 3 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)