



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

<b>Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz</b> Fax: 0371 2789-491 oder Email: sicherstellung.chemnitz@kvsachsen.de	
<b>Bezirksgeschäftsstelle Dresden</b> Fax: 0351 8828-333 oder Email: sicherstellung.dresden@kvsachsen.de	
<b>Bezirksgeschäftsstelle Leipzig</b> 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 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)