



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 8290-7333 oder Email sicherstellung.dresden@kvsachsen.de	
<b>Bezirksgeschäftsstelle Leipzig</b> Fax 0341 2432-2305 oder Email sicherstellung.leipzig@kvsachsen.de	

Vertragsarztstempel

## Meldung pandemiebedingter Änderungen von Sprechstundenzeiten oder Abwesenheiten gem § 11 Abs. 4 HVM für Vertragsärzte

LANR: \_\_\_\_\_ Name, Vorname: \_\_\_\_\_

### 1. Pandemiebedingte 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 (einen) niedergelassene(n) 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)