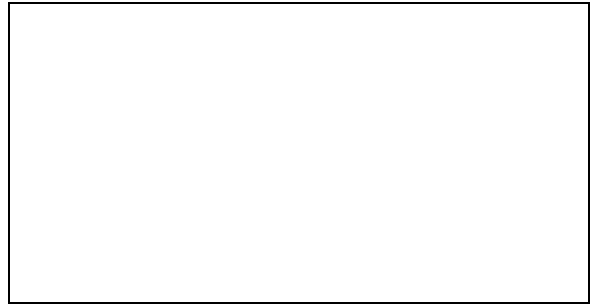


Dieses Formular ist **vollständig** auszufüllen!



Arztstempel

**Mitteilung über die Verhinderung an der persönlichen Ausübung  
der psychotherapeutischen Tätigkeit**

(gem. § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV i.V.m. § 17 Abs. 3 BMV-Ä, § 20 Abs. 3 AEKV)

- a) **rechtzeitig vor Beginn** einer über 1 Woche dauernden Abwesenheit  
b) bei Krankheit **spätestens** am 8. Tag der Erkrankung

**Ich** bin an der persönlichen Ausübung meiner psychotherapeutischen Tätigkeit verhindert wegen:

- Urlaub  
 Krankheit       sonstigen Gründen \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt/Therapeut

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. ärztl. Leiters  
(sofern Medizinisches Versorgungszentrum)