

Absender

**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Abt. Kassenärztliche Versorgung**

**Postfach 160145
19091 Schwerin**

Antrag auf Genehmigung einer vorübergehenden Nichtausübung der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit aufgrund von Krankheit über 3 Monate hinaus

1. Angaben Psychotherapeut

Titel, Name, Vorname _____

zugelassen _____ angestellt bei _____

Tätigkeitsort _____

Beantragter Zeitraum der Praxisschließung (von/bis) _____

Voraussichtliche Wiederaufnahme der Tätigkeit _____

2. Dem Antrag sind beizufügen:

ärztliches Attest des behandelnden Arztes

Ort, Datum _____

Unterschrift des
Vertragspsychotherapeuten _____