

Antrag auf Genehmigung einer Vertretung  
über 12 Monate hinaus (bei Entbindung)

Name der Vertragsärztin: \_\_\_\_\_

niedergelassen in: \_\_\_\_\_

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

entbunden am: \_\_\_\_\_

bisher vertreten durch	Facharzt für	vom ..... bis .....

beantragter Zeitraum der Vertretung: \_\_\_\_\_

Name des Vertreters in der Praxis: \_\_\_\_\_

bzw. der \_\_\_\_\_

vertretenden umliegenden Praxen: \_\_\_\_\_

Facharzt für: \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Wiederaufnahme

der Praxis am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Vertragsärztin