



## Antrag auf befristete Teilung einer Vertragsarztstelle

### *Persönliche Daten des Vertragsarztes:*

Titel und Familienname: .....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Ordinationsanschrift: .....

Vertragsarzt seit:.....

### *Persönliche Daten des Vertreters:*

Titel und Familienname: .....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Anschrift (allfälliger Ordinationssitz): .....

### *Begründung für die befristete Teilung der Vertragsarztstelle:*

keine Angabe von Gründen

Kinderbetreuung von im gemeinsamen Haushalt lebenden Kindern durch den  
obsorgerechtigten Vertragsarzt bis zu deren Schuleintritt

Name des Kindes:.....

Geburtsdatum des Kindes:.....

schwere Erkrankung

Sterbebegleitung für den nahen Angehörigen: .....

Mandats-, Funktionsausübung für das Amt/Funktion.....

Beginn der befristeten Teilung:.....

Ende der befristeten Teilung:.....

Ausmaß der persönlichen Tätigkeit des Vertragsarztes:  
.....

Aufteilung der bereits im Einzelvertrag vereinbarten Ordinationszeiten zwischen Vertragsarzt und Vertreter:

	Vertragsarzt von - bis	Vertreter von - bis
Mo		
Di		
Mi		
Do		
Fr		
Sa		

Die Gründe für die Vertretung sind darzulegen und die erforderlichen Nachweise beizulegen.

Aktuelle Nebenbeschäftigungen des Vertragsarztes:

.....  
.....

Ort, Datum.....

Stempel u. Unterschrift des Vertragsarztes:

Der Vertreter erklärt mit seiner Unterschrift, dass es ihm bekannt ist, dass ihm aus der Vertretung keinerlei Rechtsansprüche gegenüber dem Krankenversicherungsträger entstehen, und insbesondere kein Rechtsanspruch auf Abschluss eines Kassen-Einzelvertrages besteht.

Ort, Datum.....

Unterschrift des Vertreters:

**Anlagen:**

*Dem Antrag ist ein tabellarischer Lebenslauf des Vertreters (insbesondere genaue Darstellung des Ausbildungsverfahrens) sowie je nach Art der Begründung erforderliche Nachweise wie die Geburtsurkunde des/der Kindes(r)/Arztbrief/Bestätigung über Funktions-, Mandatsausübung uä. beizulegen.*