

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Frau Bader/Frau Metzner  
Joseph-Meyer-Str. 17  
68167 Mannheim

Fax 0621/3379-1755

Stempel der Praxis mit Angabe der BSNR



# ANTRAG

**auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Vertreters/  
Praxisverwalters gemäß § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV/§ 4 Abs. 3  
BMV-Ä/§ 8 Abs. 5 EKV**

## Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel des/der Antragsstellers/Antragstellerin

## Ich beantrage die Genehmigung zur Beschäftigung von

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel des/der Vertreters/Vertreterin

\_\_\_\_\_  
Gebietsbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

wegen

Krankheit (bitte ärztliches Attest beifügen)

Sonstigem Grund \_\_\_\_\_

Witwenquartal

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

ganztags

Teilzeit

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte beachten Sie auch die Hinweise und Informationen  
zur Vertretung auf der Homepage der KVBW.