

Erweiterter Landesausschuss Ärzte / Krankenkassen / Landeskrankenhausgesellschaft BW

Postfach 80 06 08 70506 Stuttgart Geschäftsstelle: Albstadtweg 11 Tel.: 0711/7875 - 3675 Fax: 0711/7875 - 483917

Benennung eines Vertreters

Name des Vertretenen: _____

Name des Vertreters: _____

Anschrift des Vertreters: _____

Telefonnummer des Vertreters: _____

☐ Der Vertreter übernimmt in der Zeit der Vertretung die Teamleitung für den Vertretenen. In dieser Zeit wird durch geeignete Organisation sichergestellt, dass Mitteilungen an die Teamleitung weitergeleitet werden.

☐ Es wird bestätigt, dass der Vertreter die Voraussetzungen der einschlägigen „Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V“ der o. g. ASV-Indikation erfüllt.

Wir erklären, dass wir mit der oben genannten Vertretungsregelung einverstanden sind.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel
(Vertreter/Vertretungsberechtigter*)

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel
(Vertretener/Vertretungsberechtigter*)

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel
(Teamleitung/Vertretungsberechtigter*)

* Der Vertretungsberechtigte eines Teammitgliedes (aus einem Krankenhaus oder MVZ) ist die Geschäftsführung dieser Einrichtung.

Folgende Nachweise des Vertreters sind beizufügen:

- ☐ Kopie der Approbation,
- ☐ Kopie Facharzturkunde,
- ☐ falls vorhanden, Kopie Schwerpunktbezeichnung,
- ☐ falls vorhanden, Kopie Zusatzbezeichnung.

Alternativ:

- ☐ Die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschuss wird bevollmächtigt, die im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung geführten Registerakten des neuen Mitgliedes im Rahmen des Berechtigungsverfahrens einzusehen und die hierfür notwendigen Urkunden zwecks eigener Verwendung zu kopieren und zu den Akten zu nehmen. [?]

Unterschrift/Stempel
(Vertreter)