

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern  
Abteilung Sicherstellung  
Neumühler Str. 22  
19057 Schwerin

Fax 0385/7431453

## Praxisvertretungen (für den vertretungswilligen Arzt)

**Titel, Name, Vorname :** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

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

**Teilgebietsanerkennungen/  
Subspezialisierungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**besondere Kenntnisse:** \_\_\_\_\_

**Vertretungsbereich:**  
(bitte ankreuzen, auch mehrere Möglichkeiten)

- |                          |                               |                                    |
|--------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Mecklenburg-Vorpommern gesamt | <u>im Umkreis von</u>              |
| <input type="checkbox"/> | nur am Wohnort                | <input type="checkbox"/> bis 10 km |
|                          |                               | <input type="checkbox"/> bis 20 km |
|                          |                               | <input type="checkbox"/> bis 30 km |
|                          |                               | <input type="checkbox"/> bis 50 km |
| <input type="checkbox"/> | andere Bereiche :             |                                    |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hier haben Sie die Möglichkeit für Ihre besonderen Mitteilungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-----  
**Datum, Ort**

-----  
**Unterschrift**