

Musterformular für Bestätigung Praxisvertretung:

Frau/Herr Dr. ....  
hat mich in meiner Ordination vertreten:

vom ..... bis ..... das sind..... Ordinationstage  
vom ..... bis ..... das sind..... Ordinationstage  
vom ..... bis ..... das sind..... Ordinationstage  
vom ..... bis ..... das sind..... Ordinationstage  
vom ..... bis ..... das sind..... Ordinationstage  
vom ..... bis ..... das sind..... Ordinationstage

.....  
Stempel u. Unterschrift  
der/des vertretenen Ärztin/Arztes

Auszug aus den Reihungsrichtlinien:

Vertreterfähigkeit bei einer/-m § 2 Kassenvertragsärztin/-arzt (mit Vollkassenstelle) des ausgeschriebenen (Sonder)Faches ab Anerkennung als Ärztin/Arzt f. AM bzw. Fachärztin/Facharzt des ausgeschriebenen Sonderfaches in den letzten 3 Jahren vor dem Stichtag (dies ist der letzte Tag vor dem Stichtag gem. § 5 Abs. 1 Z. 4); der Nachweis ist zu erbringen durch Vorlage einer Bestätigung der/des vertretenen §2-Kassen-Vertragsärztin/arztes nach dem Muster gem. Anlage 3)

für einzelne Vertretungstage 0,25 Punkte pro Tag max. 8 Punkte