

Ressort Vertragsärztliche Versorgung
Zulassungsausschuss Ärzte Dresden
Postfach 11 64
09070 Chemnitz

Posteingangsstempel

**Mitteilung über die Reduzierung
eines bestehenden Anstellungsverhältnisses**

1. Anstellender Arzt/anstellende BAG/anstellendes MVZ

Vertragsarzt/BAG

.....
Titel, Name, Vorname/BAG-Name

.....
Fachgebiet

MVZ

.....
MVZ-Name

.....
Name ärztlicher Leiter

.....
Name MVZ-Vertretungsberechtigter

2. Angaben angestellter Arzt

.....
Titel, Vorname, Name

.....
Fachgebietsbezeichnung (ggf. Schwerpunktbezeichnung)

.....
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Str., Hausnummer)

3. Mitteilung Reduzierung der Angestelltentätigkeit

aktueller Anstellungsfaktor	zukünftiger Anstellungsfaktor			
	1,0	0,75	0,5	0,25
1,0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,75			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,5				<input type="checkbox"/>
0,25				

mit Wirkung ab dem
Datum der Änderung

4. Anlagen zur Mitteilung

Der aufgrund dieser Änderungsmitteilung angepasste Arbeitsvertrag ist dieser Mitteilung beizufügen!

5. Verzicht Nachbesetzung

JA NEIN

Hinweis: Grundsätzlich besteht ein sechsmonatiges Nachbesetzungsrecht für den frei werdenden Stellenanteil. Während dieser Zeit besteht die Pflicht zur Teilnahme der Praxis am ärztlichen Bereitschaftsdienst unter Berücksichtigung des nachbesetzungsfähigen Arztsitzes fort, es sei denn, auf die Möglichkeit zur Nachbesetzung wird verzichtet.

Hinweise Datenschutz

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Praxisinhaber/BAG-Vertreter

Bei MVZ:

.....
Ort, Datum

.....
MVZ-Vertretungsberechtigter

.....
Ärztlicher Leiter MVZ