

# Kurzfristige Schließung

Vom/am \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

Vertretungen übernehmen alle anderen anwesenden Vertragsärzt\*innen, z.B.:

Dr. \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Ordinationszeiten: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Ordinationszeiten: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Ordinationszeiten: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie der aufgesuchten Vertretung mit, dass Sie mein\*e Patient\*in sind.