

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.