

 KV SAARLAND KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG	Bestätigung der Ableistung einer Hospitation in einer Vertragsarztpraxis	Dezernat Versorgung
		Stand 24.02.2026
		Seite 1 von 2

Hiermit bestätige ich, dass

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

an folgenden **7 Terminen** eine Hospitation in unserer Vertragsarztpraxis in

_____ absolviert hat.

1. Datum: _____

2. Datum: _____

3. Datum: _____

4. Datum: _____

5. Datum: _____

6. Datum: _____

7. Datum: _____

Die Hospitation ist somit nach Anlage 14 der Richtlinie der KVS „Strukturfonds“ gemäß § 105 Abs. 1a SGB abgeschlossen.

Ort, Datum

Unterschrift der Vertragsärztin/-arztes

BSNR, Praxisstempel

