

Datum / Data \_\_\_\_\_

An den Dienst für Basismedizin  
Gesundheitsbezirk Brixen

Al Servizio di medicina di base  
Compensorio Sanitario di Bressanone

e-mail: [basismedizin@sb-brixen.it](mailto:basismedizin@sb-brixen.it)

**Mitteilung von Abwesenheiten der Ärzte/innen für Allgemeinmedizin/Basiskinderärzte/innen**  
**Comunicazione delle assenze dei medici di medicina generale/pediatri di base**

|                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|
| Abwesende/r Ärztin/Arzt:<br>Medico assente:                        |  |
| Zeit der Abwesenheit:<br>Periodo di assenza:                       |  |
| Vertretung durch:<br>Sostituito da:                                |  |
| Telefonnummer der Vertretung:<br>Numero telefonico del sostituto:  |  |
| Öffnungszeiten der Vertretung:<br>Orario d'apertura del sostituto: |  |
| Bemerkungen:<br>Osservazioni:                                      |  |

Mit freundlichen Grüßen

Distinti saluti

Der/die Arzt/Ärztin – Il medico

\_\_\_\_\_