

Selbstauskunft zur privatärztlichen Praxistätigkeit

Ich, (Titel, Vorname, Nachname), _____

(Praxisanschrift), _____

bitte die Landesärztekammer

um Bestätigung meiner gemeldeten privatärztlichen Praxistätigkeit.

Diese Bestätigung soll dem Nachweis meiner Tätigkeit als Voraussetzung für die Durchführung der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auf Grundlage der Coronavirus-Impfverordnung dienen.

Ich versichere, dass ich

- in meiner privatärztlichen Berufsausübung einen regelhaften Praxisbetrieb aufrecht erhalte,
- über eine Berufshaftpflichtversicherung in angemessenem Umfang gemäß meiner berufsrechtlichen Pflichten verfüge und
- nicht als Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt zugelassen bin.

Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

Datum Unterschrift Praxisstempel

**Bescheinigung über die Mitgliedschaft
bei der Landesärztekammer**

Zwecks Verwendung zum Bezug von Impfstoffen für die Schutzimpfung gegen das
Coronavirus SARS-CoV-2 bescheinigen wir

(Titel, Vorname, Nachname)

(Praxisanschrift)

auch unter Bezugnahme auf ihre/seine Selbsterklärung vom _____ 2024,

dass sie/er als privatärztlich tätiges Pflichtmitglied bei der Landesärztekammer

_____ gemeldet
ist.

(Datum, Unterschrift, Stempel)