

Ärztekammer Berlin
 Abteilung 3
„Privat impft mit“
 Friedrichstraße 16
 10969 Berlin

SELBSTAUSKUNFT ZUR PRIVATÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

Ich

Vorname		
Nachname		
Praxis- anschrift	Straße	
	Hausnummer	
	Postleitzahl	

bitte die Ärztekammer Berlin um Bestätigung meiner gemeldeten privatärztlichen Tätigkeit.

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 *(bitte Zutreffendes ankreuzen)*

in meiner privatärztlichen Berufsausübung einen regelhaften Praxisbetrieb aufrecht erhalte,

über eine Berufshaftpflichtversicherung in angemessenem Umfang gemäß meiner berufsrechtlichen Verpflichtung verfüge,

nicht als Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt zugelassen bin.

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

Datum	Unterschrift	Praxisstempel
-------	--------------	---------------