

SELBSTAUSKUNFT ZUR PRIVATÄRZTLICHEN PRAXISTÄTIGKEIT

Ich,

(Titel, Vorname, Name)

(Praxisanschrift)

(Telefonnummer der Praxis)

(E-Mail der Praxis)

bitte die Ärztekammer Hamburg um Bestätigung meiner privatärztlichen Praxistätigkeit zum Zwecke der Ausstellung einer Zugangsidentität in Form einer SMC-B gem. § 340 Absatz 4 SGB V.

Die Datenverarbeitung entspricht den gesetzlichen Vorgaben. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Webseite unter <https://www.aerztekammer-hamburg.org/datenschutzerklaerung.html>.

Ich versichere wahrheitsgemäß, dass ich:

in meiner privatärztlichen Berufsausübung einen regelhaften Praxisbetrieb aufrecht erhalte,

gegen die sich aus dieser Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren ausreichend versichert bin (§ 27 Absatz 6 Satz 1 Hamburgisches Kammergesetz für die Heilberufe) und

nicht als Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt zugelassen bin.

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

Ort, Datum

Unterschrift und Praxisstempel

(Im Original unterschreiben)