

SELBSTAUSKUNFT ZUR PRIVATÄRZTLICHEN PRAXISTÄTIGKEIT

Ich,

(Titel, Vorname, Name)

(Praxisanschrift)

(Telefon)

(E-Mail)

bitte die Ärztekammer Hamburg 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,

gegen die sich aus dieser Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren ausreichend versichert bin (§ 27 Absatz 4 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)