



## Selbstauskunft zur privatärztlichen Praxistätigkeit

Ich, (Titel, Vorname, Nachname), \_\_\_\_\_

(Praxisanschrift), \_\_\_\_\_

bitte die Ärztekammer \_\_\_\_\_

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  
\_\_\_\_\_ 2022,  
dass sie/er als privatärztlich tätiges Pflichtmitglied bei der  
Landesärztekammer \_\_\_\_\_ gemeldet  
ist.

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift, Stempel)