



### 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 ausreichende Berufshaftpflichtversicherung gemäß § 30 Nr. 6 Heilberufekammergesetz 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