

Selbstauskunft zur privatärztlichen Praxistätigkeit

Ich,

Titel, Vorname, Nachname:	_____
Praxisname:	_____
Straße, Hausnummer:	_____
PLZ, Ort:	_____
geboren am:	_____

bitte die Landesärztekammer Hessen 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 und Praxisstempel]



Landesärztekammer Hessen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt a. M.

- Impfen für Privatpraxen -

Hanauer Landstr. 152 - 60314 Frankfurt am Main
Postfach 60 05 66 - 60335 Frankfurt am Main
E-Mail: privatpraxen@laekh.de
Internet: www.laekh.de

Bescheinigung über die Mitgliedschaft bei der Landesärztekammer Hessen

Zwecks Verwendung zum Bezug von Impfstoffen für die Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 bescheinigen wir

Titel, Vorname, Nachname:	_____
Praxisname:	_____
Straße, Hausnummer:	_____
PLZ, Ort:	_____

auch unter Bezugnahme auf ihre/seine Selbsterklärung vom [Datum der Selbsterklärung] _____, dass sie/er als privatärztlich tätiges Pflichtmitglied bei der Landesärztekammer Hessen gemeldet ist.

[Die nachfolgenden Felder werden von der Landesärztekammer Hessen ausgefüllt]

[Datum, Unterschrift und Stempel der Landesärztekammer Hessen]

Nummer der ausgestellten Bescheinigung: _____