

Bitte um Bestätigung meiner privatärztlichen Praxistätigkeit

Ich, (Titel, Vorname, Nachname),

(Praxisanschrift, E-Mail),

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 Ärztekammer des Saarlandes

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 _____ 2021,
dass sie/er als privatärztlich tätiges Pflichtmitglied bei der

Ärztchammer des Saarlandes gemeldet ist.

(Datum, Unterschrift, Stempel)