

Selbstauskunft zur privatärztlichen Praxistätigkeit

Ich, (Titel, Vorname, Nachname),

(Praxisanschrift),

bitte die **Landesärztekammer Rheinland-Pfalz** 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 berufsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

Datum/Unterschrift/Praxisstempel