

Selbstauskunft zur privatärztlichen Praxistätigkeit für den Nachweis meiner Tätigkeit als Voraussetzung für die Durch- führung der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auf Grundlage der Coronavirus-Impfverordnung

1 Daten der Ärztin | des Arztes

Vor- und Nachname*

Praxisanschrift: Straße, Hausnummer*

*Pflichtangabe

Postleitzahl*

Ort*

Telefon- oder Mobilfunknummer*

E-Mail

Ich bitte die Ärztekammer Hamburg 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.

2 Ich versichere wahrheitsgemäß, dass ich:

in meiner privatärztlichen Berufsausübung einen regelhaften Praxisbetrieb aufrecht erhalte

gegen die sich aus dieser Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren ausreichend versichert bin (§ 27 Absatz 4 Satz 1 Hamburgisches Kammergesetz für die Heilberufe) und

nicht als Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt zugelassen bin.

Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

Ort, Datum

Unterschrift