

Erklärung

über die Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Herr / Frau _____

wohnhaft _____

Ich erkläre mich bereit, in den – entsprechend der Notdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen – eingerichteten Ärztlichen Bereitschaftsdiensten auf freiberuflicher Basis mitzuarbeiten.

Mit Abgabe dieser Erklärung erkenne ich

die Notdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen sowie die hierzu ergänzenden Beschlüsse des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen oder eines von ihm beauftragten Gremiums

an.

Ich erkläre, dass ich aufgrund meiner Fort- bzw. Weiterbildung mit praxisbezogener Sachkunde in der Lage bin, in den typischen Behandlungsfällen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes angemessene Hilfe zu leisten.

Falls ich in einem unselbständigen Arbeitsverhältnis stehe, versichere ich, dass ich die für eine Tätigkeit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst notwendige Nebentätigkeitsgenehmigung besitze.

Außerdem bestätige ich, dass eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für die Tätigkeit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst vorliegt.

Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes