

## Selbstauskunft zur privatärztlichen Praxistätigkeit

Ich, (Titel, Vorname, Nachname), \_\_\_\_\_

(Praxisanschrift), \_\_\_\_\_

bitte die Ärztekammer Niedersachsen

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 hinreichendem 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

Bitte senden Sie die ausgefüllte und unterschriebene Selbstauskunft  
per E-Mail an

meldewesen@aekn.de

oder postalisch an

Ärztekammer Niedersachsen  
Meldewesen  
Karl-Wiechert-Allee 18-22  
30625 Hannover