

Ärzttekammer Niedersachsen
Sachgebiet Meldewesen
Karl-Wiechert-Allee 18 - 22
30625 Hannover
Email: meldewesen@aekn.de

**Einwilligung
zur Aufnahme in das Freiwilligenregister
nach § 5 Abs. 2 Kammergesetz für die Heilberufe (HKG)**

1. Persönliche Daten

Name: Rufname:
Geschlecht: weiblich männlich divers Geburtsdatum:.....
Titel:

2. Kontaktdaten

Telefon (mobil): Telefon (Festnetz):
E-Mail:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:

3. Verfügbarkeit und Einsatzmöglichkeiten

Verfügbar ab: Stunden pro Woche:
Einsatzradius zur o. g. Adresse: 10km 20km 30km 50km größer 50km
Versorgung von Infizierten: ja nein
Einsatzfelder:
 Impfzentrum Untere Gesundheitsbehörde
 Krankenhaus Rettungsdienst ärztliche oder zahnärztliche Praxis
 stationäre oder mobile Abstrichzentren ambulanter Pflegedienst
 stationäre u. teilstationäre Pflegeeinrichtung Sonstige
 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung



Hiermit erkläre ich meine Bereitschaft zur freiwilligen Erbringung von Leistungen zur Bewältigung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Abs. 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) oder einer epidemischen Lage von landesweiter Tragweite nach § 3 a Abs. 1 Satz 1 des Niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) und mein Einverständnis in die Aufnahme meiner oben angegebenen persönlichen Daten in das Freiwilligenregister. Nach Aufforderung durch die Ärztekammer Niedersachsen werde ich mich mit dem jeweiligen Gesundheitsamt in Verbindung setzen.

Diese Einwilligung erkläre ich freiwillig und kann sie jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber der Ärztekammer Niedersachsen für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Ich willige ein, dass die Ärztekammer Niedersachsen die vorgenannten Daten für einen möglichen Unterstützungseinsatz auf Anforderung auch direkt an die jeweiligen Gesundheitsämter sowie die jeweiligen Katastrophenschutzbehörden als Verantwortliche für den Betrieb der Impfzentren übermitteln darf.

Diese Einwilligung erkläre ich freiwillig und kann sie jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber der Ärztekammer Niedersachsen für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

