

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
Beantragung eines Praxisausweises (SMC-B Karte) 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
- nicht als Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt zugelassen und
- im Besitz eines gültigen eHBA bin.

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

(Datum, Unterschrift, Praxisstempel)