

Bitte zurücksenden an  
Ärztekammer Nordrhein  
Meldewesen  
Tersteegenstr. 9  
40474 Düsseldorf  
E-Mail: meldewesen@ae Kno.de  
Fax: 0211 / 4302 2449

## **Selbstauskunft zur privatärztlichen Praxistätigkeit**

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

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

bitte die Ärztekammer Nordrhein 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 angemessenem 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