

**Bitte von der Versicherung oder  
Versicherungsagentur ausfüllen lassen!**

### Erklärung zum Nachweis einer ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung

Wir erklären hiermit, dass für Herrn/Frau

.....

ab/seit dem .....

eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen ist, die auch in ausreichendem Umfang die Tätigkeit als Ärztin / Arzt im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (Notdienst im Sinne des § 75 Sozialgesetzbuch V) umfasst.

Name und Ort des Versicherungsunternehmens:

.....

Versicherungsschein-Nr.:

.....

Wir erklären, dass Herr/Frau

.....

sämtlichen Verpflichtungen aus dieser Versicherung nachgekommen ist und Versicherungsschutz besteht.

.....

Ort, Datum

.....

rechtsverbindliche Unterschrift und  
Stempel der Versicherung/  
des Versicherungsvertreters

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Tel 0561 82038-201

Fax 0561 7008-4111

[bereitschaftsdienst.kassel@kvhessen.de](mailto:bereitschaftsdienst.kassel@kvhessen.de)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Druseltalstraße 5-9 | 34131 Kassel

[www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de)