

Ärztliche Dispositionszentrale

Tel 069 24741-7434
Fax 0561 7008-4111
bereitschaftsdienst.kassel@kvhessen.de

Erklärung über die Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Herr / Frau _____

wohnhaft _____

Ich erkläre mich bereit, in den – entsprechend der Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen – eingerichteten Ärztlichen Bereitschaftsdiensten auf freiberuflicher Basis mitzuarbeiten.

Mit Abgabe dieser Erklärung erkenne ich

die Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen so- wie die hierzu ergänzenden Beschlüsse des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen oder eines von ihm beauftragten Gremiums

an.

Ich erkläre, dass ich aufgrund meiner Fort- bzw. Weiterbildung mit praxisbezogener Sachkunde in der Lage bin, in den typischen Behandlungsfällen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes angemessene Hilfe zu leisten.

Falls ich in einem unselbständigen Arbeitsverhältnis stehe, versichere ich, dass ich die für eine Tätigkeit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst notwendige Nebentätigkeitsgenehmigung besitze.

Mir ist bekannt, dass ich in regelmäßigen Abständen den Nachweis einer ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung vorzulegen habe.

Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes