

Selbstauskunft zur privatärztlichen Praxistätigkeit

Ich,
(Titel, Vorname Nachname)

.....
(Praxisanschrift)

bitte die Sächsische Landesärztekammer 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 bin
- im Besitz eines gültigen eHbA bin.

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

.....
Datum

.....
Unterschrift, Praxisstempel