Alles Gute.

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Bitte die Erklärung von der **Versicherung oder Versicherungsagentur** ausfüllen lassen und anschließend mit dem Antrag auf selbstständige Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) einreichen.

Erklärung zum Nachweis einer ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung

Wir erklären hiermit, dass für

Titel (Academic Title) | Vorname (First Name) | Name (Last Name)

Straße, Hausnummer | PLZ, Ort

Geburtsdatum, Geburtsort

ab / seit dem (Ausstellungsdatum der Berufshaftpflichtversicherung) | Angabe der Versicherungssumme

eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen ist, die in ausreichendem Umfang (Deckungssumme in Höhe von mindestens 3.000.000 Euro für Personen und Sachschäden) die selbstständige Tätigkeit als Ärztin/Arzt im ambulant vertragsärztlichen Bereich im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (Notdienst im Sinne des § 75 Abs. 1b SGB V) umfasst.

Name und Anschrift der Versicherung/Versicherungsagentur

Versicherungsscheinnummer der Berufshaftpflichtversicherung

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Versicherung/Versicherungsagentur