

Eigenerklärung Privatärzte HNO – und augenärztlicher Bereitschaftsdienst

Die Sicherstellung des Notdienstes bzw. ärztlichen Bereitschaftsdienstes ist in Schleswig-Holstein als gemeinsame Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und der Ärztekammer Schleswig-Holstein durch eine gemeinsame „Satzung über die Durchführung des Notdienstes“ ausgestaltet worden. Privatärzte sind gem. § 26 der Berufsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein in Verbindung mit dem Heilberufekammergesetz zur Teilnahme am Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst berechtigt und verpflichtet.

Mit dieser Erklärung bestätige ich, dass ich in freier Privatpraxis in Schleswig-Holstein niedergelassen bin und an meinem Praxissitz regelmäßig Patienten außerhalb des organisierten Bereitschaftsdienstes versorge.

Ich versichere, dass ich die in diesem Zusammenhang notwendigen Voraussetzungen unter Beachtung der Anforderungen, die die Ärztekammer Schleswig-Holstein an eine privatärztliche Niederlassung stellt, erfülle (insbes. Anzeige gegenüber der Ärztekammer, Kenntlichmachung des Praxissitzes durch ein Praxisschild, Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung, Beachtung der Fortbildungspflicht, persönliche Ausübung der Praxis, etwaige Meldepflichten beim Gesundheitsamt sowie weitere baurechtliche und BG-Vorschriften, Hygienestandards etc.).

Sofern der KVSH Umstände bekannt werden, wonach sich die vorbezeichneten Angaben als falsch herausstellen, erlischt die Berechtigung einer Teilnahme am organisierten Bereitschaftsdienst.

Mit ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben Schadensersatzansprüche Dritter, z.B. der KVSH, gegen mich auslösen können.

Ich verpflichte mich, der KVSH sämtliche Änderungen der vorgenannten Umstände, insbesondere eine Beendigung der privatärztlichen Tätigkeit, unverzüglich mitzuteilen.

Titel: _____ Vorname: _____ Nachname: _____

Anschrift der Praxis: _____

Geb.-Datum und Ort: _____

Datum der Approbation: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Praxis: _____

Tel. Mobil: _____

Email: _____

Stempel, wenn vorhanden

Bankverbindung:

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Fachgruppe:

augenärztlicher Bereitschaftsdienst HNO-ärztlicher Bereitschaftsdienst

Ich könnte neben oder anstelle meines notdienstverpflichtenden Bezirks (dieser ergibt sich aus dem Ort der Niederlassung) in folgenden Bezirken am fachärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen:

Flensburg Heide Kiel
Lübeck Norderstedt

Bitte senden Sie uns die ausgefüllte und unterschriebene Selbsterklärung an KVSH Management Versorgungsstrukturen, Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg oder per Mail an praxismanagement@kvsh.de.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne unter 04551-883 820 zur Verfügung.

Ort/Datum

Unterschrift