

Abteilung Sicherstellung  
Ressort Bereitschaftsdienst

Fax 06131 326-327

## Erklärung zum Nachweis einer Ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst/Notdienst im Sinne des § 75 Abs. 1 SGB V

Es wird bestätigt, dass für

---

Name, Vorname

---

geboren am

---

Anschrift

bei folgendem Versicherer eine Ärztliche Berufshaftpflichtversicherung besteht:

---

Name des Versicherers

---

Versicherungsschein-Nummer

---

Versicherungszeitraum (von – bis)

- Der Versicherungsschutz umfasst die Tätigkeit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst im ambulant vertragsärztlichen Bereich?

ja       nein

- Besteht eine Beschränkung in der Anzahl der Dienste im Ärztlichen Bereitschaftsdienst innerhalb des Versicherungsschutzes?

ja      \_\_\_\_\_  
Anzahl der Dienste

nein

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Stempel Versicherer/Makler