

Bitte Erklärung von der Versicherung oder Versicherungsagentur ausfüllen lassen und anschließend mit dem Antrag zur freiwilligen selbständigen Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst beim Arztregister der KVBW einreichen.



## Erklärung zum Nachweis einer ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung

Wir erklären hiermit, dass für

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Anschrift

ab/seit dem \_\_\_\_\_

eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen ist, die in ausreichendem Umfang (Deckungssumme in Höhe von mindestens Euro 3.000.000,-- für Personen- und Sachschäden) die Tätigkeit als Ärztin / Arzt im ärztlichen Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst im ambulant vertragsärztlichen Bereich (Notdienst im Sinne des § 75 Sozialgesetzbuch V) umfasst.

Name und Anschrift des Versicherungsunternehmens \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel  
der Versicherung/des Versicherungsvertreters