

## Selbstauskunft zur privatärztlichen Praxistätigkeit

Ich, (Titel, Vorname, Nachname), \_\_\_\_\_

(Praxisanschrift), \_\_\_\_\_

bitte die Bezirksärztekammer Pfalz / Landesärztekammer Rheinland-Pfalz um Bestätigung meiner gemeldeten privatärztlichen Praxistätigkeit.

Diese Bestätigung soll dem Nachweis meiner Tätigkeit als Voraussetzung für die Durchführung der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auf Grundlage der Coronavirus-Impfverordnung 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 und
- nicht als Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt zugelassen bin.

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

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift Praxisstempel

**Bescheinigung über die Mitgliedschaft  
bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz**

Zwecks Verwendung zum Bezug von Impfstoffen für die Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 bescheinigen wir

---

---

(Titel, Vorname, Nachname),

---

---

(Praxisanschrift),

auch unter Bezugnahme auf ihre/seine Selbsterklärung vom \_\_\_\_\_ 2021,  
dass sie/er als privatärztlich tätiges Pflichtmitglied bei der  
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz gemeldet ist.

---

Datum