

Privatärztliche Niederlassung

Nachname: _____

Vorname: _____

Praxisanschrift: _____

Fachrichtung: _____

Telefonnummer: _____

Handy-Nummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Tätigkeitsumfang: Vollzeit-TK
Teilzeit Stunden pro Woche _____

Tätigkeitsbeginn: _____

Wir bitten um Bestätigung Ihrer privatärztlichen Tätigkeit, da an die Niederlassung als
Privatarzt/-ärztin Voraussetzungen und Pflichten geknüpft sind.

Ich versichere, dass

- mein Praxissitz durch ein Praxisschild gekennzeichnet ist.
- die Praxisräumlichkeiten zum Betrieb einer Praxis baurechtlich geeignet sind bzw. für den Fall einer notwendigen Nutzungsänderung diese von der zuständigen Behörde positiv beschieden wurde.
- der regelhafte Praxisbetrieb besteht und aufrechterhalten wird.
- mir die verpflichtende Teilnahme am Notdienst bekannt ist.
- ich eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung habe.

Wir weisen darauf hin, dass falsche Angaben rechtliche und besonders berufsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können. (Die Datenerhebung erfolgt gemäß §§ 2 u. 5 HeilBerG NRW; 24 VwVfG NRW; Artikel 6 Abs.1 S.1 Buchstabe c) u. e) DSGVO)

Datum Unterschrift Praxisstempel

Das Formular bitte ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden an:

Ärztchammer Westfalen-Lippe
Gartenstr. 210-214
48147 Münster