

Bitte die Erklärung von der **Versicherung oder Versicherungsagentur** ausfüllen lassen und anschließend mit dem Antrag auf selbstständige Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) einreichen.

## Erklärung zum Nachweis einer ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung

Wir erklären hiermit, dass für

\_\_\_\_\_  
Titel (Academic Title)

\_\_\_\_\_  
Vorname (First Name)

\_\_\_\_\_  
Name (Last Name)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Geburtsort

\_\_\_\_\_  
ab / seit dem (Ausstellungsdatum der Berufshaftpflichtversicherung)

\_\_\_\_\_  
Angabe der Versicherungssumme

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

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Versicherung/Versicherungsagentur

\_\_\_\_\_  
Versicherungsscheinnummer der Berufshaftpflichtversicherung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift und Stempel  
der Versicherung/Versicherungsagentur**