

Selbstauskunft zur Bestätigung der Impfberechtigung

Als niedergelassene/r Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt bitte ich,

(ggf. Titel, Vorname, Name)

(Praxisanschrift)

die Zahnärztekammer Berlin um Bestätigung der Berechtigung zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen Coronavirus SARS-CoV-2. Diese Bestätigung soll dem Nachweis meiner Impfberechtigung als Voraussetzung für die Durchführung der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auf Grundlage der Coronavirus-Impfverordnung dienen.

Ich versichere, dass

1. nur Personen, die infolge einer diesbezüglichen, erfolgreich absolvierten ärztlichen Schulung zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 berechtigt sind, die Impfungen in der Praxis durchführen,
2. geeignete Räumlichkeiten mit der Ausstattung zur Verfügung stehen, die für die Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erforderlich ist, und
3. eine nach berufsrechtlichen oder sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften erforderliche Betriebshaftpflicht- bzw. Berufshaftpflichtversicherung, die mögliche Schädigungen aus der Durchführung der Schutzimpfungen abdeckt, vorhanden ist.

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

Ich bin damit einverstanden, auf einer Auskunftsliste der Zahnärztekammer Berlin geführt zu werden. Diese Auskunftsliste wird ausschließlich dazu verwendet, um sachbezogene Anfragen von Patienten, Zahnärzten und Behörden zu beantworten.

Datum, Unterschrift, Praxisstempel