

## Selbstauskunft zur privatärztlichen Praxistätigkeit

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

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

bitte die Landesärztekammer Brandenburg um Bestätigung meiner gemeldeten privatärztlichen Praxistätigkeit.

Diese Bestätigung soll dem Nachweis meiner Tätigkeit als Voraussetzung für die Beantragung eines Praxisausweises (SMC-B Karte) dienen.

Ich versichere, dass ich

in meiner privatärztlichen Berufsausübung einen regelhaften Praxisbetrieb aufrecht erhalte,

über eine Berufshaftpflichtversicherung in angemessenen Umfang gemäß meiner berufsrechtlichen Pflichten verfüge,

nicht als Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt zugelassen und

im Besitz eines gültigen eHBA bin.

Mir ist bekannt, dass falsche Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Praxisstempel