



Selbstauskunft zur Bestätigung der Impfberechtigung und zur Bestätigung der privat Zahnärztlichen Praxistätigkeit

Ich

(Titel, Vorname, Nachname)

(Praxisanschrift)

bitte die Landes Zahnärztekammer Brandenburg um Bestätigung der Berechtigung zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 sowie um Bestätigung meiner gemeldeten Zahnärztlichen Praxistätigkeit. Diese Bestätigung soll dem Nachweis meiner Impfberechtigung und 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

1. einen regelhaften Praxisbetrieb ausübe,
2. nicht als Vertrags Zahnärztin oder als Vertrags Zahnarzt zugelassen bin und
3. privat Zahnärztlich tätiges Pflichtmitglied bei der Landes Zahnärztekammer bin.

Ich versichere darüber hinaus, dass

4. 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,
5. geeignete Räumlichkeiten mit der Ausstattung zur Verfügung stehen, die für die Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erforderlich ist, und
6. die nach berufsrechtlichen 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.

Datum, Unterschrift, Praxisstempel