



Selbstauskunft zur Bestätigung der Impfberechtigung

Ich

(Titel, Vorname, Nachname)

(Praxisanschrift)

bitte die Landes Zahnärztekammer Brandenburg um Bestätigung der Berechtigung zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das 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.

Datum, Unterschrift, Praxisstempel