

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Antrag Teilnahme



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abt. Sicherstellung / Bereitschaftsdienst
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Fax: (03643) 559 747
eMail: bereitschaftsdienst@kvt.de

Antrag auf freiwillige Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst

Antragsteller:

.....
Titel, Name

.....
Vorname

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ, Ort

Die Teilnahme wird ab dem

für den Bereitschaftsdienstbereich beantragt.

Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen bei:

- beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde
- beglaubigte Kopie Facharzturkunde oder Nachweis der LÄK über letztes Drittel der Facharztausbildung oder Fachkundenachweis Rettungsdienst
- Promotionsurkunde (wenn vorhanden)
- polizeiliches Führungszeugnis (Belegart 0)

Erklärung:

Ich erkläre, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin und dies nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war. Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Trunksucht, und/oder Tablettensucht unterzogen habe und dass keine weiteren Hinderungsgründe vorliegen, die einer freiwilligen Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst entgegenstehen.

Ferner erkläre ich, die im ärztlichen Bereitschaftsdienst bestehenden Strukturen im Sitz- und Fahrdienst des ärztlichen Bereitschaftsdienstes zu nutzen und die Bereitschaftsdienstordnung, die Disziplinarordnung und die Satzung der KV Thüringen anzuerkennen.

Mir ist bekannt, dass ich selbst für einen ausreichenden Versicherungsschutz (Unfall- und Haftpflichtversicherung) Sorge zu tragen habe.

Wir weisen daraufhin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrages durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrages führen können. Die Informationen nach Artikel 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvt.de/Datenschutz.

Datum/Unterschrift