

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst unter Erteilung einer Abrechnungsnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst im Land Brandenburg*

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst unter der Erteilung einer Abrechnungsnummer im Land Brandenburg ab dem: _____ für die Bereitschaftsdienstregion: _____

Name: _____
(Titel, Name, Vorname)

Wohnanschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Postanschrift: _____

Honoraranschrift: _____

Eingetragen im Arztregister der KV: _____

Ort der Dienstdurchführung: _____

Im Bereitschaftsdienst bzw. für Rückfragen bin ich unter folgenden Rufnummern (max.2) erreichbar:

1. _____ 2. _____

Bankverbindung: IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Nachfolgend genannte Unterlagen sind für die Genehmigung zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst unter Erteilung einer Abrechnungsnummer erforderlich:

1. **Amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde (muss im Original vorliegen und nicht älter als 6 Monate)** und der Facharzturkunde
(Punkt 1 entfällt, wenn Sie im Arztregister der KVBB bzw. im Arztregister einer anderen KV eingetragen sind und einen entsprechenden Arztregistrauszug einreichen oder wenn Sie die Eintragung in das Arztregister der KVBB beantragen),
2. Lebenslauf sowie Zeugnisse/Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten, aus denen sich Ort, Dauer und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben,
3. Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung, auf welchem die **Mindestdeckungssumme für Personenschäden i. H. v. 5 Mio. Euro und die Absicherung von KV-Diensten** ersichtlich ist,
4. Erklärung des Arztes, ob er rauschgiftsüchtig ist oder es innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen hat und dass gesetzliche Hintergründe der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegenstehen (Anlage),
5. Ärzte, welche sich in einem Anstellungsverhältnis befinden – Genehmigung des Arbeitgebers über Nebentätigkeit.

Können Bescheinigungen über die ausgeübten Tätigkeiten nicht vorgelegt werden, so ist der nachzuweisende Sachverhalt glaubhaft zu machen.

Datum, Ort

Unterschrift

*Hinweis: Für die Erteilung einer LANR/BSNR wird eine Gebühr von 25 EURO erhoben

Für Rückfragen steht Ihnen das Bereitschaftsdienstmanagement der KVBB unter Tel.: 0331-98229809 zur Verfügung.

Bitte senden Sie diesen ausgefüllten Antrag mit den erforderlichen Anlagen an oben genannte Adresse.

Anlage

**Erklärung zu Punkt 4 des Antrags auf Genehmigung zur Teilnahme am
ärztlichen Bereitschaftsdienst im Land Brandenburg**

Name

(Stempel oder Druckschrift)

Erklärung hinsichtlich Rauschgift- und Trunksucht

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht rauschgiftsüchtig war.

Ich erkläre weiter, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht nicht unterzogen habe und gesetzliche Hintergründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Ort, Datum

Unterschrift