



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg**  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

**Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst für  
Weiterbildungsassistentinnen/Weiterbildungsassistenten unter der  
Einschränkung, ausschließlich als Vertreter für Ihren Arbeitgeber tätig zu  
werden**

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst  
als Weiterbildungsassistentin/Weiterbildungsassistent als Vertreter für meinen  
Arbeitgeber ab dem: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
(Titel, Name, Vorname)

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Ort der Dienstdurchführung: \_\_\_\_\_

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

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Nachfolgend genannte Unterlagen sind für die Genehmigung zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst als Vertreter für Ihren Arbeitgeber erforderlich:

1. Approbationsurkunde im Original bzw. als amtlich beglaubigte Abschrift (nicht älter als 6 Monate),
2. Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten, aus denen sich Ort, Dauer und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben,
3. Nachweis einer hinreichenden Berufshaftpflichtversicherung Ihres Arbeitgebers, auf welchem die Mindestdeckungssumme für Personenschäden i.H. v. 5 Mio. Euro und das die KV-Notdienste abgesichert sind, 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. 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

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