

**BERLIN***Besser. Gemeinsam. Wirken.*

**Einverständniserklärung des Arbeitgebers über die
Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in den
der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin**

Akademischer Grad: _____

Name: _____ **Vorname:** _____

Datum und Ort der Geburt: _____

Anschrift (privat): _____

Telefon (mobil): _____ **E-Mail:** _____

Arbeitgeber: _____

Anschrift (dienstlich): _____

Telefon (dienstlich): _____

Ich versichere, dass mein Arbeitgeber meiner Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst zustimmt und damit einverstanden ist, dass die Zahlung meiner Dienste auf das Betriebsstättenkonto des Arbeitgebers erfolgt.

Ich verpflichte mich, Änderungen des Arbeitsverhältnisses (z.B. Wechsel des Arbeitgebers) unverzüglich und unaufgefordert der Abteilung ÄBD / Notdienstpraxen zu melden.

Ferner versichere ich, dass ich über eine Berufshaftpflichtversicherung zur Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst verfüge bzw. mein Arbeitgeber einen solchen Versicherungsschutz garantiert.

Nicht korrekte Angaben führen zu einem Haftungsausschluss der KV Berlin.

Wir haben Kenntnis, dass es sich um steuerpflichtige Einkünfte handelt.

Ort, Datum: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift/ Stempel Arbeitgeber

Unterschrift Antragsteller

Das Formular ist bitte vollständig ausgefüllt und im Original an die

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Abteilung Ärztlicher Bereitschaftsdienst/ Notdienstpraxen

Masurenallee 6A

14057 Berlin

zu übersenden.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an das ÄBD-Büro des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes unter

E-Mail an: aebd@kvberlin.de oder an das Büro der Notdienstpraxen per E-Mail an: ndp@kvberlin.de