

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Teilnahmeerklärung Rettungsdienst



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

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

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

Teilnahmeerklärung am bodengebundenen Rettungsdienst im Freistaat Thüringen

Ich erkläre hiermit meine verbindliche und aktive Teilnahme am bodengebundenen Rettungsdienst im Freistaat Thüringen mit **mindestens 24 Dienststunden** als Notarzt pro Monat.

Sofern ich nicht als Notarzt in den letzten 2 Jahren aktiv tätig war, ist mir bekannt, dass für das Wirksamwerden der Befreiung die Einreichung einer aktuellen, durch die Landesärztekammer Thüringen bestätigten oder von dieser anerkannten Fortbildungsbescheinigung mit Schwerpunktthema Notfallmedizin, Voraussetzung ist. Die Vorlage einer aktuellen Fortbildungsbescheinigung entfällt bei aktiver Tätigkeit als Notarzt im Freistaat Thüringen innerhalb der letzten 2 Jahre.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ja**, aktive Tätigkeit als Notarzt in Thüringen innerhalb der letzten 2 Jahre
- Nein**, keine aktive Tätigkeit als Notarzt in Thüringen innerhalb der letzten 2 Jahre
(Fortbildungsnachweis wird beigelegt)

Diese Teilnahmeerklärung für die Tätigkeit als Notarzt in Thüringen ist an den Zeitraum der Befreiung von der Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst gebunden. Die Befreiung vom ärztlichen Bereitschaftsdienst wird ohne erneute Antragstellung über den im Bescheid der KV Thüringen ausgewiesenen Zeitpunkt hinaus verlängert, wenn von Seiten der KV Thüringen festgestellt wird, dass ohne Ihre Teilnahme am bodengebundenen Rettungsdienst in Thüringen dessen Sicherstellung gefährdet wäre. Mir ist bekannt, dass die Befreiung von der Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst durch die KV Thüringen widerrufen werden kann, wenn die 24 Dienststunden pro Monat ohne Angabe von gewichtigen Gründen nicht erbracht werden.



Datum/Unterschrift