

**Nachweis über die 30-stündige Teilnahme am organisierten Notfall- und Bereitschaftsdienst  
der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin  
gemäß der Weiterbildungsordnung im Gebiet Allgemeinmedizin**

Datum	Dienstbeginn (hh:mm)	Pause von – bis	Dienstende (hh:mm)	Stundenzahl ohne Pause (hh:mm)	Arztstempel Bereitschaftsdienst-ärzt:in	Unterschrift Bereitschaftsdienst-ärzt:in
				<b>Summe:</b>		

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_, dass ich die oben aufgeführten Stunden im Rahmen der Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin gemäß Weiterbildungsordnung im Gebiet Allgemeinmedizin in Person erbracht habe und versichere die Richtigkeit der Angaben.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift  
Weiterbildungsassistent:in: \_\_\_\_\_