

**Akademischer Grad:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_  
(und ggf. Geburtsname)

**Vornamen:** \_\_\_\_\_  
(Rufname(n) unterstreichen)

**Datum und Ort der Geburt:** \_\_\_\_\_

**Anschrift (privat):** \_\_\_\_\_

**Telefon (privat):** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Anschrift (dienstlich):** \_\_\_\_\_

**Telefon (dienstlich):** \_\_\_\_\_

**Datum und Ort der ärztlichen Prüfung:** \_\_\_\_\_

**Datum und Ort der Approbation:** \_\_\_\_\_

**Gebiets-/ Facharzt für:** \_\_\_\_\_ **Datum der Anerkennung:** \_\_\_\_\_

**Derzeitige Haupttätigkeit(en):** \_\_\_\_\_

**Seit wann?** \_\_\_\_\_

**Berufliche Tätigkeiten in den letzten 5 Jahren:**

Bitte legen Sie in Ihrem beruflichen Curriculum ausführlich Ihre Erfahrungen und Fortbildungen im allgemeinmedizinischen / internistischen Bereich auf einem separaten Blatt dar.

In Bezug auf meine Tätigkeit im Dienst zur Todesfeststellung und Leichenschau unterwerfe ich mich den gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen, die für Vertragsärzte gelten. Die Leichenschauen sind nach den Vorschriften des Berliner Bestattungsgesetzes und der entsprechenden Durchführungsverordnung zu erbringen.

Die Liquidation der Leichenschauen erfolgt entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer. Die Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und die Bereitschaftsdienstordnung habe ich erhalten und erkenne diese an.

Ich bin darüber informiert, dass bei reinen Privatliquidationen eine Vermittlungsgebühr je Leichenschau von meinem Bereitschaftsdiensthonorar in Abzug gebracht wird.

Ich bestätige, dass ich im Rahmen meiner Tätigkeit für den Dienst zur Todesfeststellung und Leichenschau haftpflichtversichert sein werde. Eine diesbezügliche Bescheinigung des Versicherungsunternehmens werde ich vorlegen.

Mir ist bekannt, dass ich keinen Anspruch auf eine Zuteilung von Diensten habe.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift & Stempel

*Das Formular ist bitte vollständig ausgefüllt und im Original an die*

*Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Ärztlicher Bereitschaftsdienst  
ÄBD-Büro  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin*

*zu übersenden.*

*Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an das Büro des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes unter  
Tel.: 030 / 31 003-267 / -268 oder per E-Mail an [aebd@kvberlin.de](mailto:aebd@kvberlin.de)*