

**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)	Stundenanzahl (hh:mm) ohne Pause	Arztstempel des Bereitschaftsdienstarztes	Unterschrift des Bereit- schaftsdienstarztes
Summe:						

Hiermit erkläre ich, Herr / Frau _____, 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 des
Weiterbildungsassistenten: _____