

**Nachweis über die 60-stündige Teilnahme am kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienst
der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
gemäß der Weiterbildungsordnung im Gebiet Allgemeinmedizin**

Weiterbildungsassistent:in:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Datum	Dienstbeginn (hh:mm)	Dienstende (hh:mm)	Stundenzahl (hh:mm)	Arztstempel Bereitschaftsdienst- ärzt:in	Unterschrift Bereitschaftsdienst- ärzt:in

**Nachweis über die 60-stündige Teilnahme am kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienst
der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
gemäß der Weiterbildungsordnung im Gebiet Allgemeinmedizin**

Datum	Dienstbeginn (hh:mm)	Dienstende (hh:mm)	Stundenzahl (hh:mm)	Arztstempel Bereitschaftsdienst- ärzt:in	Unterschrift Bereitschaftsdienst- ärzt:in

**Nachweis über die 60-stündige Teilnahme am kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienst
der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
gemäß der Weiterbildungsordnung im Gebiet Allgemeinmedizin**

Datum	Dienstbeginn (hh:mm)	Dienstende (hh:mm)	Stundenzahl (hh:mm)	Arztstempel Bereitschaftsdienst- ärzt:in	Unterschrift Bereitschaftsdienst- ärzt:in

**Nachweis über die 60-stündige Teilnahme am kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienst
der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
gemäß der Weiterbildungsordnung im Gebiet Allgemeinmedizin**

Datum	Dienstbeginn (hh:mm)	Dienstende (hh:mm)	Stundenzahl (hh:mm)	Arztstempel Bereitschaftsdienst- ärzt:in	Unterschrift Bereitschaftsdienst- ärzt:in
			Summe		

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

Datum: _____

Unterschrift
Weiterbildungsassistent:in: _____