

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

Weiterbildungsassistent:

Name: _____ Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____ Telefon: _____
 Adresse: _____

Datum	Dienstbeginn (hh:mm)	Dienstende (hh:mm)	Stundenanzahl (hh:mm)	Arztstempel des Bereitschaftsdienstarztes	Unterschrift des Bereit- schaftsdienstarztes

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

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

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

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