

**Nachweis über die 60-stündige Teilnahme am kinderärztlichen 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
			<b>Summe:</b>		

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

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

Unterschrift des  
Weiterbildungsassistenten: \_\_\_\_\_