

## **Antrag auf Bestätigung einer Selbstauskunft nach § 3 Abs. 4a und § 4 der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (CoronalmpfV)**

Ich

---

(Titel, Vorname, Nachname)

---

(Praxisanschrift)

bitte die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt um Bestätigung der Berechtigung zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen Coronavirus SARS-CoV-2. Diese Bestätigung soll dem Nachweis meiner Impfberechtigung als Voraussetzung für die Durchführung der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auf Grundlage der Coronavirus-Impfverordnung dienen.

Ich versichere, dass

1. nur Personen, die infolge einer diesbezüglichen, erfolgreich absolvierten ärztlichen Schulung zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 berechtigt sind, die Impfungen in der Praxis durchführen,
2. geeignete Räumlichkeiten mit der Ausstattung zur Verfügung stehen, die für die Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erforderlich ist, und
3. eine nach berufsrechtlichen oder sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften erforderliche Betriebshaftpflicht- bzw. Berufshaftpflichtversicherung, die mögliche Schädigungen aus der Durchführung der Schutzimpfungen abdeckt, vorhanden ist.

Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

Mit der Überprüfung meiner Pflichtmitgliedschaft bei der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt und der dafür notwendigen Verarbeitung meiner Daten bin ich einverstanden.

---

Datum, Unterschrift, Praxisstempel