

## Auskunft zur Berufshaftpflichtversicherung

Gemäß Heilkammergesetz des Landes Sachsen-Anhalt § 19 Abs. 2 Nr. 4 und § 20 Abs. 1 Nr. 3

**Titel/Name**

**Vorname**

**Praxisanschrift**

**niedergelassen**

**angestellt**

**zahnärztliche Nebentätigkeit**

**1. Ich habe bei folgendem Versicherungsunternehmen eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen**

**Deckungssumme:**

**2. Ich habe keine eigene Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen, weil:**

eine Berufshaftpflichtversicherung des Arbeitgebers vorliegt.  
**Arbeitgeber:**

eine Betriebshaftpflichtversicherung gleichwertige Sicherheit vorliegt.  
**Arbeitgeber:**

**andere Gründe:**

**Ich versichere, dass meine Angaben den Tatsachen entsprechen.**

**Datum**

**Unterschrift**

**wenn Pkt. 2 zutrifft, auch Unterschrift des Arbeitgebers**

*Bitte, senden Sie umgehend dieses Formular ausgefüllt zurück an die*

*Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt*

*Große Diesdorfer Str. 162, 39110 Magdeburg*

*Fax: 0391 73939 20*

*E-Mail: [info@zahnaerztekammer-sah.de](mailto:info@zahnaerztekammer-sah.de)*

**Beachten Sie bitte, dass im Rahmen von Praxisvertretungen o. ä. auch nebenberuflich tätige Zahnärzte eine Berufshaftpflichtversicherung besitzen und diese der Zahnärztekammer nachweisen müssen. Machen Sie bitte Kollegen in Ihrer Praxis, die das betrifft, darauf aufmerksam!**