

# Teilnahmeerklärung

## zur betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung Ihrer Arztpraxis (Alternativbetreuung)

An die  
Akademie der Ärztekammer Schleswig-Holstein  
Fachkundige Stelle  
Esmarchstraße 2 - 4  
23795 Bad Segeberg

---

Name der/des Praxisinhaber(s)

---

Straße

---

Telefonnummer / E-Mail

---

PLZ/Ort

---

Betriebsstättennummer der BGW

---

Mitgliedsnummer der BGW

Anzahl aller Mitarbeiter des Betriebes (inkl. geringfügig Beschäftigte): \_\_\_\_\_

Fachgebiet der Praxis:

---

Hiermit erkläre/n ich/wir die Teilnahme an der „Alternativbetreuung-BuS“ über die Fachkundige Stelle der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Als Teilnehmer verpflichte/n ich/wir mich/uns, den Erfordernissen der DGUV V2 nachzukommen. Insbesondere sind dies die persönliche Teilnahme an einer Schulung mit betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Inhalten, sowie den Besuch von Fortbildungen (5 Fortbildungseinheiten in 5 Jahren) zu diesem Themenbereich.

Ich/wir erkläre/n mich/uns einverstanden, dass die BGW über meine/unsere Teilnahme und ggf. Beendigung an der Alternativbetreuung über die Ärztekammer Schleswig-Holstein durch Übermittlung der BGW-Nummer in Kenntnis gesetzt wird.

Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit von beiden Seiten durch Erklärung beendet werden.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift des Praxisinhabers