

Anlage 1: Teilnahmeerklärung für Ärzt*innen

Teilnahmeerklärung der Ärzt*innen

An der Vereinbarung zur Umsetzung des PsychKG NRW im Kreis Minden-Lübbecke

Zwischen dem Kreis Minden-Lübbecke,
dem Verwaltungsbezirk Minden der Ärztekammer Westfalen-Lippe
und den Städten und Gemeinden des Kreis Minden-Lübbeckes

Name:

Privatanschrift:

Dienstanschrift:

E-Mail-Adresse:

Mobilnummer zur Einsatzmeldung:

Zu folgenden Zeiten ist eine Alarmierung prinzipiell möglich (Bitte ankreuzen):

☐ MO-FR Tagsüber 8:00 – 18:00 Uhr

☐ MO-FR Nachts 18:00 – 8:00 Uhr

☐ SA-SO & FT Tagsüber 8:00 – 18:00 Uhr

☐ SA-SO & FT Nachts 18:00 - 8:00 Uhr

Andere Zeiten:

Optional LANR:

☐ **Nachweise meiner Qualifikation gemäß Runderlass des MAGS vom 18.01.2018 (Anl. 10) füge ich bei.**

Hiermit erkläre ich, über die Inhalte, Ziele und Aufgaben der Vereinbarung zur Umsetzung des PsychKG NRW im Kreis Minden-Lübbecke umfassend informiert zu sein. Ich erkläre mich bereit, an der Vereinbarung teilzunehmen und die mir zugewiesenen Aufgaben, einschließlich der Begutachtungen und der Erstellung von Zeugnissen gemäß §3 der Vereinbarung, zu übernehmen.

Dabei verpflichte ich mich, die datenschutzrechtlichen Bestimmungen gemäß §10 der Vereinbarung einzuhalten. Darüber hinaus sichere ich zu, mit allen an der Vereinbarung beteiligten Städten und Gemeinden des Kreises Minden-Lübbecke, dem Gesundheitsamt und der Kreisleitstelle uneingeschränkt zu kooperieren.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel