

## **Ausnahme Belegarzt von der Mitwirkungspflicht in der kantonalen Notfalldienstorganisation**

Die Klinikleitung bestätigt, dass Herr/Frau \_\_\_\_\_ in der Klinik  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ als Belegarzt akkreditiert ist.

Er/Sie leistet im Jahr \_\_\_\_\_ insgesamt \_\_\_\_\_ Notfalldienste auf der öffentlich zugänglichen, klinikeigenen  
Notfallstation. Es handelt sich nicht um Notfalldienst für die eigenen Patienten.

Datum:

Stempel und Unterschrift Klinikleitung:

*Hinweis: Bitte legen Sie den Dienstplan für das entsprechende Jahr bei.*