

## Selbstauskunft zur privaten Praxistätigkeit

Ich, (Titel, Vorname, Nachname),

---

(Praxisanschrift),

---

bitte die PTK Bayern, mir meine ausschließlich private Praxistätigkeit zu bestätigen.

Diese Bestätigung soll dem Nachweis meiner Tätigkeit als Voraussetzung für die Beantragung eines Praxisausweises (SMC-B Karte) dienen.

Ich versichere, dass ich ausschließlich privat versicherte bzw. selbstzahlende Patient\*innen behandle.

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift