

Bezirksärztekammer Nordwürttemberg Meldebogen

BEZIRKS **ÄRZTEKAMMER**
NORDWÜRTTEMBERG

- Erstanmeldung
 Zugang von anderer Ärztekammer: _____
Wurden Sie für das laufende Jahr von einer Ärztekammer zum Betrag veranlagt? ja nein
 Zugang vom Ausland: _____
 Anmeldung zwecks Doppelmitgliedschaft Mitglied bei der Ärztekammer _____

Familienname

Geschlecht männlich weiblich divers

Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen)

ggf. Geburtsname

Titel/Akademische Grade (nur für die Anschrift, vgl. auch Seite 2)

Geburtsdatum

Geburtsort

Staat

Staatsangehörigkeit: _____ Eingebürgert: ja seit _____

- Nachfolgende Adresse als Postadresse

**Anschrift des
Haupttätigkeitsortes seit:** _____

Telefon: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Straße

Postleitzahl

Ort

ggf. Bezeichnung der Dienststelle/Abteilung

- Nachfolgende Adresse als Postadresse

Wohnanschrift seit: _____

Telefon: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Straße

Postleitzahl

Ort

**Weitere Dienstanschriften seit ...; mit Angabe der ausgeübten Tätigkeit (z.B. Doppelmitgliedschaft/
Zweigpraxis etc.)**

Meldebogen der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg

Ärztliche Haupttätigkeit

- Vollzeit Teilzeit mit _____ Wochenstunden Notarzt

Ambulant/Praxis

Niederlassung seit: _____ ggf. mit wem _____

- Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft

- Berufsausübungsgemeinschaft Kooperation/Kooperationspartner _____

- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

- Vertragsarzt Belegarzt Beginn: _____ Ende: _____

- Eingeschränkte Zulassung (Job-Sharing) Beginn: _____ Ende: _____

- Angestellter Arzt seit: _____

- Weiterbildungsassistent seit: _____

angestrebter Facharzt/Schwerpunkt/Zusatzweiterbildung: _____

Stationär/Krankenhaus

seit: _____

- Ltd. Arzt / Chefarzt Ärztlicher Direktor Oberarzt Beamter

- Ass. Arzt / wiss. MA sonstige Tätigkeit Gastarzt Medizincontroller

- Weiterbildungsassistent

angestrebter Facharzt/Schwerpunkt/Zusatzweiterbildung: _____

- Zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt? Beginn: _____ Ende: _____

Behörden/K. d. ö. R.

seit: _____

- Beamter Angestellter San. Offz.

- Sonstige Tätigkeit in Behörden Bundesfreiwilligendienst

Sonstige ärztliche Tätigkeit

seit: _____

- Praxisvertreter Gutachter Pharma-Industrie Medizincontroller

- Arbeitsmedizin Medizinjournalist Honorararzt (mehr als 3 Monate)

- Notarzt

- Sonstige ärztliche Tätigkeit als _____

Ohne ärztliche Tätigkeit

seit: _____

- Ruhestand Haushalt Elternzeit

- Sonstiger Grund Berufsunfähigkeit Arbeitslos Altersteilzeit (Freistellungsphase)

- Berufsfremd als _____

Zusätzliche ärztliche Tätigkeiten

- Keine

- Betriebsarzt Praxis Musterungsarzt Gutachter Lehrtätigkeit

Beginn: _____ Ende: _____ mit _____ Wochenstunden

- Sonstige, welche: _____

Akademische Grade/Titel

In Deutschland erworben _____ seit: _____ von Univ.: _____

_____ seit: _____ von Univ.: _____

Im Ausland erworben _____ seit: _____ von Univ.: _____

_____ seit: _____ von Univ.: _____

Genehmigung zum Führen in Deutschland erteilt: Wann: _____

Meldebogen der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg

Ärztliche Prüfung seit: _____ von: _____

Approbation seit: _____ von: _____

Berufserlaubnis nach BÄO Beginn Ende: _____ erteilt von: _____

Weitere Approbationen seit: _____ von: _____

Zusendung des Ärzteblattes: Beide Deutsches Ärzteblatt Ärzteblatt Baden-Württemberg

Berufs- oder Facharztbezeichnung

_____ wann: _____ von: _____

_____ wann: _____ von: _____

Schwerpunktbezeichnung

_____ wann: _____ von: _____

_____ wann: _____ von: _____

Zusatzbezeichnung

_____ wann: _____ von: _____

_____ wann: _____ von: _____

Fachkunde(n)/sonstige Qualifikationen

_____ wann: _____ von: _____

_____ wann: _____ von: _____

_____ wann: _____ von: _____

_____ wann: _____ von: _____

Fortbildungszertifikate _____

Ihre Angaben basieren auf § 3 Abs. 1 des Heilberufe-Kammergesetzes in Verbindung mit der Meldeordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Beigefügt sind amtlich beglaubigte Fotokopien:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Approbationsurkunde | <input type="checkbox"/> Ernennungsurkunde(n) |
| <input type="checkbox"/> Erlaubnis BÄO | <input type="checkbox"/> Facharztkunde(n) |
| <input type="checkbox"/> Promotionsurkunde | <input type="checkbox"/> Schwerpunktbezeichnungsurkunde(n) |
| <input type="checkbox"/> Erlaubnis z. Führen ausl. Akad. Grade | <input type="checkbox"/> Zusatzbezeichnungsurkunde(n) |
| <input type="checkbox"/> Fachkunden | <input type="checkbox"/> Sonst. Nachweise |

Die Vorlage der Originalurkunden kann verlangt werden.

Fremdsprachen*: _____

_____ den _____
Ort Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

*freiwillige Angabe