



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

---

---

# Meldebogen der Bezirksärztekammer Südbaden

## 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 Südbaden

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