

Landesärztekammer Baden-Württemberg Bezirksärztekammer Südwürttemberg Meldebogen



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

Familienname **Geschlecht** männlich weiblich

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
Hauptwohnsitz seit: _____

Telefon: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Straße

Postleitzahl Ort

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

Ärztliche Haupttätigkeit

- Vollzeit Teilzeit mit _____ Wochenstunden

Ambulant/Praxis

Niederlassung seit: _____ ggf. mit wem _____

- Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft

- Berufsausübungsgemeinschaft Kooperation/Kooperationspartner _____

- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

--	--	--	--	--	--	--	--

- Vertragsarzt Belegarzt Beginn: _____ Ende: _____

KV-Abrechnungsnummer

- 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: _____

--	--	--	--	--	--	--	--

KV-Abrechnungsnummer

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)
 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

Deutsche Dr. med. seit: _____ von Univ: _____

_____ seit: _____ von Univ: _____

Ausländische: _____ seit: _____ von Univ: _____

Genehmigung zum Führen in Deutschland erteilt: Wann: _____

Ärztliche Prüfung seit: _____ von: _____

Approbation seit : _____ von: _____

Berufserlaubnis nach BÄO Beginn _____ Ende: _____ erteilt von: _____

Weitere Approbationen _____ seit: _____ von: _____

Verzicht auf Ärzteblatt: Beide Deutsches Ärzteblatt Ärzteblatt Baden Württemberg
(Sie erhalten standartmäßig beide Ärzteblätter sofern Sie hier nicht ausdrücklich auf die Zusendung verzichten)

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 Landärztekammer Baden-Württemberg.

Beigefügt sind amtlich beglaubigte Fotokopien:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Approbationsurkunde | <input type="checkbox"/> Ernennungsurkunde(n) |
| <input type="checkbox"/> Erlaubnis BÄO | <input type="checkbox"/> Facharzturkunde(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