



# Landesärztekammer Baden-Württemberg

## Bezirksärztekammer Südwürttemberg

### Meldebogen

- Erstanmeldung
- Zugang von anderer Ärztekammer: \_\_\_\_\_
- BAN** \_\_\_\_\_ **EFN** \_\_\_\_\_
- wurden Sie für das laufende Jahr von einer Ärztekammer zum Beitrag veranlagt?  ja  nein
- ist eine Abmeldung bereits erfolgt  ja  nein
- Zugang vom Ausland: \_\_\_\_\_
- Anmeldung zwecks Doppelmitgliedschaft Mitglied bei der Ärztekammer \_\_\_\_\_

Familienname \_\_\_\_\_ Geschlecht  männlich  weiblich  divers  ohne Angabe

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 \_\_\_\_\_

#### Standard-E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Die Ärztekammer verwendet künftig Ihre Standard-E-Mail-Adresse für die Kommunikation mit Ihnen. Sie wird diese E-Mail-Adresse zur Erfüllung ihrer satzungsgemäßen Aufgaben nutzen, einschließlich der Weitergabe an die zuständige Ärzteschaft, soweit dies dafür erforderlich ist.

- Nachfolgende Adresse als Postadresse

**Hauptwohnsitz** seit: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

- Nachfolgende Adresse als Postadresse

**Anschrift des Haupttätigkeitsortes** seit: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

ggf. Bezeichnung der Dienststelle/Abteilung \_\_\_\_\_

Vollzeit  Teilzeit mit \_\_\_\_\_ Wochenstunden

**Ambulant/Praxis**

Niederlassung seit: \_\_\_\_\_ ggf. mit wem \_\_\_\_\_

Einzelpraxis  Gemeinschaftspraxis  Praxisgemeinschaft

Berufsausübungsgemeinschaft  Kooperation/Kooperationspartner \_\_\_\_\_

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

KV-Abrechnungsnummer

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: \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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 \_\_\_\_\_

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

---

---

**Art der zusätzlichen ärztlichen Tätigkeit**

Keine  Betriebsarzt  Praxis  Musterungsarzt  Gutachter  Lehrtätigkeit

Beginn: \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ Wochenstunden

Sonstige, welche: \_\_\_\_\_

---

## Akademische Grade

Deutsche Dr. med. 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 standardmäßig 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 \_\_\_\_\_

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 (freiwillige Angabe): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin/Arzt