



Landesärztekammer Baden-Württemberg Bezirksärztekammer Nordwürttemberg 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 _____

Ärztliche Haupttätigkeit

- 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 Landeärztekammer 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