

Meldebogen zur Anmeldung bei der Bezirksärztekammer Pfalz
Maximilianstr. 22, 67433 Neustadt
Fax: 0 63 21/92 84-44

Diese Daten erheben wir aufgrund des Kammergesetzes für die Heilberufe und der Meldeordnung.
Zutreffendes bitte in Druckschrift ausfüllen bzw. ankreuzen.

- Die Daten werden elektronisch gespeichert -

Erstanmeldung **Veränderungsmeldung**

oder

Zugang von Ärztekammer

es besteht eine weitere Mitgliedschaft bei der Ärztekammer

Persönliche Daten

Name ggf. Geburtsname

Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen)

Titel / Akademische Grade (für die Anschrift)

Geburtsdatum Geburtsort Geburtsland

Geschlecht männlich weiblich **Staatsangehörigkeit:** _____

Dienstadresse seit/ab _____

Bezeichnung der Dienststelle

Straße

Postleitzahl Ort

ggf. Bezeichnung der Abteilung ggf. Bezeichnung der Funktion

Telefon dienstl. _____ Fax dienstl. _____

Mobil dienstl. _____ E-Mail dienstl. _____

Privatadresse seit/ab _____

Straße

Postleitzahl Ort

Telefon privat _____ Fax privat _____

Mobil privat _____ E-Mail privat _____

Meine Post wünsche ich an: Privatanschrift Dienstanschrift

Fremdsprachen (freiwillig. Angabe) _____

Prüfungen

Deutsche Promotion am _____ andere Promotion am _____

Ausländische Titel _____

Erlaubnis gemäß § 10 BÄO Beginn _____ Ende _____ erteilt von _____

oder
Approbation am _____ als Zahnarzt am _____

Bitte 2. Seite beachten!

Bei Faxrücksendung bitte Name nochmals in Druckbuchstaben

Haupttätigkeit Vollzeit Teilzeit... (Umfang) _____

Weiterbildungsassistent im Gebiet : _____

von _____ bis _____

Ambulant/Praxis

Niederlassung seit _____ ggf. mit wem _____

selbstständig örtliche Berufsausübungsgemeinschaft überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

Vertragsarzt seit _____

Ltd. Arzt MVZ Angestellter Arzt MVZ Angestellter Arzt in Praxis seit _____

Belegarzt seit _____ ggf. Krankenhaus/Klinik _____

Krankenhaus-/Kliniktätigkeit seit _____

Ltd. / Chefarzt Oberarzt/Fkt.oberarzt Ass. Arzt / Wiss. M.

Gastarzt Ärztl. Direktor Honorararzt

Praktikant Med. Controller

Zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt ? Seit _____

Andere ärztliche Tätigkeit seit _____

Beamter Angest. im öffentl. Dienst Angest. Pharmazie

San-Offizier lt. San.-Offizier Praxisvertreter

Medizinerjournalist Arzt im Notfalldienst Gutachter

Stipendiat Sicherstellungsassistent

Sonstige ärztliche Tätigkeit als _____

Ohne ärztliche Tätigkeit seit _____

Arbeitslos Berufsfremd Berufsunfähig

Ruhestand Elternzeit (von _____ bis _____)

Sonstiger Grund _____

Weitergabe von Adressdaten

Ich bin damit einverstanden, dass meine Anschrift weitergegeben wird für

- den Bezug von Ärzteblatt Rheinland Pfalz/ Deutsches Ärzteblatt ja nein
- Einladungen zu Fortbildungsveranstaltungen an die Veranstalter ja nein

Alle eintretenden Veränderungen hinsichtlich der vorstehend gemachten Angaben werde ich unverzüglich der zuständigen Ärztekammer mitteilen.

_____, den _____

Ort/Datum

.....
Unterschrift Ärztin/Arzt

Hiermit bestätige ich, dass nach § 3 Meldeordnung in Verbindung mit § 21 Berufsordnung eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung besteht.

_____, den _____

Ort/Datum

.....
Unterschrift Ärztin/Arzt