



Meldebogen der Bezirksärztekammer Trier
Schönbornstr. 10, 54295 Trier – info@aerztekammer-trier.de
Fax-Nr.: 0651 994759 22

Die Datenerhebung erfolgt nach § 1b HeilBG RLP und der Meldeordnung der Landesärztekammer RLP.
Berufsvertretung erfüllt mit der Nutzung der Daten, auch der freiwillig mitgeteilten Daten, ihre gesetzlichen Pflichten nach § 3 HeilBG RLP. Dies umfasst auch die Information über Fortbildungsveranstaltungen.

Erstanmeldung **Veränderungsmeldung**

oder

Zugang von Ärztekammer _____

es besteht eine weitere Mitgliedschaft bei der Ärztekammer _____

Persönliche Daten

Name _____

Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen) _____ ggf. Geburtsname _____

Titel / Akademische Grade (für die Anschrift) _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Geburtsland _____

Geschlecht männlich weiblich

Staatsangehörigkeit: _____

Dienstadresse seit: _____

Straße _____ Bezeichnung der Dienststelle _____

Postleitzahl _____ Ort _____

ggf. Bezeichnung der Abteilung _____ ggf. Bezeichnung der Funktion _____

Telefon dienstl. _____ Fax dienstl. _____

Mobil dienstl. _____ e-Mail dienstl. _____

Privatadresse seit: _____

Straße _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon privat _____ Fax privat _____

Mobil privat _____ e-Mail privat _____

Meine Post wünsche ich an: Privatanschrift Dienstanschrift

Fremdsprachen _____

Prüfungen

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

Approbation am _____ als Zahnarzt am _____

Deutsche Promotion am _____ andere Promotion am _____

Ausländische Titel _____

Bei Faxrücksendung bitte Name nochmals in Druckbuchstaben _____

Haupttätigkeit Vollzeit Teilzeit (Umfang) _____

Weiterbildungsassistent im Gebiet: _____ von: _____ bis: _____

Ambulant/Praxis

Niederlassung seit: _____ ggf. mit wem _____

selbstständig

Vertragsarzt seit: _____

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

Belegarzt seit: _____ ggf. Krankenhaus/Klinik _____

Krankenhaus-/Kliniktätigkeit seit: _____

Ltd. / Chefarzt

Oberarzt

Ass. Arzt / Wiss. M.

Gastarzt

Ärztl. Direktor

Honorararzt

Med. Controller

Zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt? seit: _____

Stipendiat

Andere ärztliche Tätigkeit seit: _____

Beamter

Angest. im öffentl. Dienst

Angest. Pharmazie

San-Offizier

lt. San.-Offizier

Praxisvertreter

Medizinjournalist

Stipendiat

Arzt im Notfalldienst

Gutachter

Sonstige ärztliche Tätigkeit als _____

Ohne ärztliche Tätigkeit seit: _____

Arbeitslos

Berufsfremd

Berufsunfähig

Elternzeit

Ruhestand

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
- mit Veröffentlichung d. Geburtstages/Goldenen Promotion einverstanden ja nein

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

_____, den _____  _____
 Ort Unterschrift Ärztin/Arzt

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

_____, den _____  _____
 Ort Unterschrift Ärztin/Arzt