



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

Medizinjournalist  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