

Meldebogen zur Anmeldung bei der Bezirksärztekammer Trier
Balduinstraße 10-14 , 54290 Trier
Fax: 0651 / 994 759 22

Die Datenerhebung erfolgt nach § 3 HeilBG RLP und der Meldeordnung der Landesärztekammer RLP.
Die Berufsvertretung erfüllt mit der Nutzung der Daten, auch der freiwillig mitgeteilten Daten, ihre gesetzliche Pflicht nach § 3 HeilBG RLP. Dies erfasst auch die Information über Fortbildungsveranstaltungen. 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

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