

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

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 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> 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** (freiw. Angabe)

**Prüfungen**

Deutsche Promotion am		andere Promotion am	
Ausländische Titel			
<b>Erlaubnis gemäß § 10 BÄO</b> Beginn		Ende	
erteilt von			
oder			
<b>Approbation am</b>		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-/Klinik** 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