

M E L D E B O G E N



Mit *) gekennzeichnete Angaben sind durch Urkunden (Original oder beglaubigte Kopie) zu belegen

Name / Vorname _____

akademischer Grad / Titel *) _____

◆ PERSÖNLICHE ANGABEN

Geburts-Datum / -Ort / -Land _____

Geburtsname _____ weiblich männlich

Staatsangehörigkeit _____ früher _____

Sprachkenntnisse _____

◆ PRIVATANSCHRIFT

Straße / Hausnummer _____

Postleitzahl / Ort _____

Telefon-Nr. _____ Fax-Nr. _____

E-Mail _____

Ich bin damit einverstanden, Informationen der Ärztekammer Bremen per Email zu erhalten.
Eine Veröffentlichung/Weiterleitung an Dritte erfolgt nicht ohne gesonderte Zustimmung.

Unterschrift

gewünschte Postanschrift Privatanschrift Dienstanschrift

◆ PRAXIS-/DIENSTANSCHRIFT (bei mehreren Dienstadressen bitte Anlage 1 zum Meldebogen verwenden!)

Ärztlich tätig in Bremen oder Bremerhaven _____ seit / ab _____

Dienststelle _____

Abteilung _____

Straße / Hausnummer _____

Postleitzahl / Ort _____

Telefon-Nr. _____ Fax-Nr. _____

E-Mail _____

◆ BISHERIGE DIENSTANSCHRIFT

Dienststelle _____

Straße/Hausnummer _____

Postleitzahl/Ort _____

bisherige Ärztekammer _____ Bezirksstelle _____

Bei der bisherigen Ärztekammer habe ich mich bereits abgemeldet. ja nein

◆ ANGABEN ZUR BERUFSAUSBILDUNG

Staatsexamen *) am _____ ausstellende Behörde _____

Approbation *) am _____ ausstellende Behörde _____

zahnärztliche Approbation *) am _____ ausstellende Behörde _____

Mitglied der Zahnärztekammer ja nein

Berufserlaubnis nach § 10 *) Gültigkeit von _____ bis _____

(bei z.B. ausländischen Ärzten/Ärztinnen)

ausstellende Behörde _____

Promotion *) am _____ ausstellende Universität _____

sonstige akademische Titel *) _____

Genehmigung zum Führen des im Ausland erworbenen akademischen Titels *) am _____ ausstellende Behörde _____

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN!

◆ ANGABEN ZUR WEITERBILDUNG *)

Gebiets-/Facharztbezeichnungen, Schwerpunkte, Zusatzbezeichnungen, Fachkunden, Qualifikationsnachweise, Fakultative WB

◆ ANGABEN ZUR BERUFS AUSÜBUNG

Bei mehreren ärztlichen Tätigkeiten bitte Anlage 1 des Meldebogens zur Erfassung aller Dienstadressen verwenden!

Niederlassung

niedergelassen als FA/FÄ für _____

Kassenzulassung

Privatpraxis

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis mit _____

Fachübergreifende GP

Praxisgemeinschaft mit _____

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (Bitte Anlage 1 des Meldebogens zur Erfassung aller Dienstanschriften verwenden!)

Angestellt bei niedergelassenem Arzt/Ärztin

Angestellte/r Arzt/Ärztin

Praxisassistent/in

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Ltd. Arzt/Ärztin MVZ

Vertragsarzt/-ärztin MVZ

Angestellter Arzt/Ärztin MVZ

Angestellt in Klinik / Krankenhaus

Leitender Arzt/Ärztin

Chefarzt/-ärztin

Ärztl. Direktor/Direktorin

Oberarzt/-ärztin

Assistenzarzt/-ärztin

Gastarzt/-ärztin

Sonstiges _____

Behörden / Körperschaften des öffentlichen Rechts

Beamter/Beamtin

Angestellte/Angestellter

Sonstiges _____

Sonstige ärztliche Tätigkeit

Praxisvertretung

Gutachterliche Tätigkeit

Arbeitsmedizinische Tätigkeit

Pharmaindustrie

Honorararzt

Sonstiges _____

Ohne ärztliche Tätigkeit

Ruhestand

Arbeitslos

Elternzeit bis _____

Berufsunfähigkeit

Sonstiges _____

◆ ZWEITMITGLIEDSCHAFT

Es besteht gleichzeitig eine Mitgliedschaft
in einer/mehreren weiteren Ärztekammer/n

nein

ja, in _____

◆ ÄRZTEKAMMER-BEITRAG

Beitrag für lfd. Jahr gezahlt

nein

ja, an folgende Ärztekammer: _____

◆ ÄRZTEBLÄTTER

Deutsches Ärzteblatt

nein

ja

Bremer Ärztejournal

nein

ja

Mit der Weitergabe meiner Adresse an die beiden Verlage bin ich einverstanden.

Unterschrift (ohne Unterschrift ist die Zusendung der Ärzteblätter nicht möglich!)

◆ ERKLÄRUNG ZUR BERUFSHAFTPFLICHT-VERSICHERUNG (gem. § 5 Abs. 2 Nr. 11 Heilberufsgesetz)

Hiermit erkläre ich, dass eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen worden ist, die einen für meine ärztliche Tätigkeit ausreichenden Deckungsschutz aufweist.

private Berufshaftpflichtversicherung

Betriebshaftpflichtversicherung

Unterschrift _____

Mir ist bekannt, dass ich alle Änderungen der in diesem Meldebogen gemachten Angaben jeweils innerhalb eines Monats der Ärztekammer Bremen melden muss.

Ich versichere, alle Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Urkunden (Originale oder beglaubigte Kopien) zu den mit *) gekennzeichneten Angaben füge ich bei.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____