M E L D E B O G E N

ÄRZTEKAMMER
B R E M E N
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

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 _____

B I T T E R Ü C K S E I T E B E A C H T E N !

◆ ANGABEN ZUR WEITERBILDUNG *)

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

_____

_____

◆ ANGABEN ZUR BERUFSAUSÜBUNG

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

❑ Sonstiges _____

Ohne ärztliche Tätigkeit

❑ Ruhestand ❑ Arbeitslos ❑ Elternzeit bis _____

❑ 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 Kammer: _____

◆ ÄRZTEBLÄTTER

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

Deutsches Ärzteblatt ❑ nein ❑ ja

Bremer Ärztejournal ❑ nein ❑ ja

_____

Unterschrift (ohne Unterschrift ist eine Zusendung der Ärzteblätter leider 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

ÄRZTEKAMMER BREMEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Erfassung mehrerer Dienstadressen

Bitte definieren Sie eine der angegebenen Dienstadressen als Haupttätigkeit

Name, Vorname _____

❑ Hauptbetriebsstätte ❑ Nebenbetriebsstätte ❑ Vertragsärztliche Tätigkeit ❑ Privatärztliche Tätigkeit ❑ Praxisvertretung
❑ Angestellt in Praxis ❑ Angestellt in Krankenhaus ❑ Angestellt in Behörde ❑ Gutachterliche Tätigkeit ❑ Arbeitsmed. Tätigkeit

seit _____

Dienststelle _____

Abteilung _____

Straße/Hausnr. _____

Postleitzahl/Ort _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

❑ **Haupttätigkeit**

❑ Hauptbetriebsstätte ❑ Nebenbetriebsstätte ❑ Vertragsärztliche Tätigkeit ❑ Privatärztliche Tätigkeit ❑ Praxisvertretung
❑ Angestellt in Praxis ❑ Angestellt in Krankenhaus ❑ Angestellt in Behörde ❑ Gutachterliche Tätigkeit ❑ Arbeitsmed. Tätigkeit

seit _____

Dienststelle _____

Abteilung _____

Straße/Hausnr. _____

Postleitzahl/Ort _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

❑ **Haupttätigkeit**

❑ Hauptbetriebsstätte ❑ Nebenbetriebsstätte ❑ Vertragsärztliche Tätigkeit ❑ Privatärztliche Tätigkeit ❑ Praxisvertretung
❑ Angestellt in Praxis ❑ Angestellt in Krankenhaus ❑ Angestellt in Behörde ❑ Gutachterliche Tätigkeit ❑ Arbeitsmed. Tätigkeit

seit _____

Dienststelle _____

Abteilung _____

Straße/Hausnr. _____

Postleitzahl/Ort _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

❑ **Haupttätigkeit**