

Meldebogen der Bezirksärztekammer Rheinhessen

117er Ehrenhof 3 A , 55118 Mainz

Fax-Nr.: 06131 / 3869 - 14

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 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 Hiermit beantrage ich die freiwillige Mitgliedschaft zu Ihrer Ärztekammer**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

Bitte 2. Seite beachten!

Bei Faxrücksendung bitte Name nochmals in Druckbuchstaben

Weitere ärztliche Tätigkeit(en) bei unserer oder einer anderen Ärztekammer:

Dienstadresse seit/ab <input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Bezeichnung der Dienststelle	
<input type="text"/>	
Straße	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort
<input type="text"/>	
ggf. Bezeichnung der Abteilung	ggf. Bezeichnung der Funktion
Telefon dienstl. <input type="text"/>	Fax dienstl. <input type="text"/>
Mobil dienstl. <input type="text"/>	E-Mail dienstl. <input type="text"/>

Dienstadresse seit/ab <input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Bezeichnung der Dienststelle	
<input type="text"/>	
Straße	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort
<input type="text"/>	
ggf. Bezeichnung der Abteilung	ggf. Bezeichnung der Funktion
Telefon dienstl. <input type="text"/>	Fax dienstl. <input type="text"/>
Mobil dienstl. <input type="text"/>	E-Mail dienstl. <input type="text"/>

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