

**Meldebogen der Bezirksärztekammer Rheinhesen
Mittlere Bleiche 40, 55116 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 und Nummer

Postleitzahl

Ort

ggf. Bezeichnung der Abteilung

ggf. Bezeichnung der Funktion

Telefon dienstl.

Fax dienstl.

Mobil dienstl.

E-Mail dienstl.

Privatadresse seit/ab

Straße und Nummer

Postleitzahl

Ort

Telefon privat

Fax privat

Mobil privat

E-Mail privat

Meine Post wünsche ich an: Privatanschrift Dienstanschrift

Fremdsprachen (freiw. Angabe)

PrüfungenDeutsche Promotion am andere Promotion am Ausländische Titel Erlaubnis gemäß § 10 BÄO Beginn Ende erteilt von
oderApprobation am als Zahnarzt am 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 Äztl. 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 Medizjournalist 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 Adresdaten

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

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

Dienstadresse		seit/ab	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Bezeichnung der Dienststelle			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Straße und Nummer			
<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 920px;" type="text"/>		
Postleitzahl	Ort		
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
ggf. Bezeichnung der Abteilung		ggf. Bezeichnung der Funktion	
Telefon dienstl.	<input style="width: 250px;" type="text"/>	Fax dienstl.	<input style="width: 250px;" type="text"/>
Mobil dienstl.	<input style="width: 250px;" type="text"/>	E-Mail dienstl.	<input style="width: 250px;" type="text"/>

Dienstadresse		seit/ab	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Bezeichnung der Dienststelle			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Straße und Nummer			
<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 920px;" type="text"/>		
Postleitzahl	Ort		
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
ggf. Bezeichnung der Abteilung		ggf. Bezeichnung der Funktion	
Telefon dienstl.	<input style="width: 250px;" type="text"/>	Fax dienstl.	<input style="width: 250px;" type="text"/>
Mobil dienstl.	<input style="width: 250px;" type="text"/>	E-Mail dienstl.	<input style="width: 250px;" type="text"/>

Ich bin mit der Weitergabe meiner zur Berechnung des Beitrags gegenüber der Bezirksärztekammer Rheinhessen erklärten Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit an die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz zur dortigen Erstellung des Beitragsbescheides einverstanden. ja nein

Dieses Einverständnis kann jederzeit von mir widerrufen werden.

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