



Meldung/Anzeige einer privatärztlichen Niederlassung

(Änderungsmeldung für Mitglieder der Ärztekammer Schleswig-Holstein)

Akad. Grad:

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit (§ 17 Abs. 5 Berufsordnung):

Adresszusatz:

Straße und Hausnr.:

Postleitzahl:

Ort:

Datum:

(weitere) Kontaktdaten:

E-Mail:

Telefon:

Voraussichtlicher zeitlicher Umfang der Tätigkeit: Stunden je Woche

Ein Nachweis über eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung (§ 30 Nr. 6 HBKG) ist beigefügt.

(Ort, Datum, Unterschrift)