



MELDEBOGEN

ID: _____
(wird von der Ärztekammer ausgefüllt)

Angaben zur Person

Nachname: Geburtsname:

Vorname: Geburtsdatum:

(Rufname bitte unterstreichen)

Geburtsort: Geburtsland:

Akademischer Grad:

Geschlecht: männlich weiblich

Staatsangehörigkeit:

Erstmeldung bei einer deutschen Ärztekammer (amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde**)

Zugang von der Ärztekammer:

Es besteht eine weitere Mitgliedschaft bei der Ärztekammer:

Zugang aus dem Ausland:

ggf. vorherige deutsche Ärztekammer:

Es bestand schon früher eine Mitgliedschaft bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein

Arztausweis vorhanden

ja Nr.: Ausstellungsdatum:

nein wird nicht benötigt

Ich werde den Arztausweis mit meinem Passwort beantragen, das mir nach Aufnahme zugesandt wird.

Elektronischer Heilberufeausweis Nr.:

ausgestellt durch

Kammer:

Hersteller:

gültig bis:

Privatadresse (Hauptwohnsitz)

Straße: Hausnr.:

Postleitzahl: Ort:

E-Mail: Mobil:

Dienstadresse (Haupttätigkeit)

Praxis Inhaber:

Krankenhaus/Klinik Name der Einrichtung/Abteilung:

Med. Versorgungszentrum Name der Einrichtung:

Straße: Hausnr.:

Postleitzahl: Ort:

Versand der Ärztekammerpost an die

Privatadresse dienstliche Adresse der Haupttätigkeit

Versand des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes

kein Versand, ich werde das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt auf www.aeksh.de online lesen

an meine Privatadresse

an meine dienstliche Adresse der Haupttätigkeit

Berufsausbildung

Approbation als Humanmediziner Datum:

Berufserlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung von: bis:

weitere Approbation als:

Datum:

Universitätsverbundenheit*

Ich fühle mich verbunden mit folgender Universität:

Über entsprechende Alumni-Programme möchte ich informiert werden. ja nein

Aktuelle ärztliche Tätigkeit (Haupttätigkeit)

Angestellte Tätigkeit

stationär/Krankenhaus

- Leitender Arzt/Chefarzt
- Ärztlicher Direktor
- Oberarzt
- Assistenzarzt
- Weiterbildungsassistent*
- Gastarzt
- Medizin-Controller

im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

- Facharzt/Arzt
- Weiterbildungsassistent*

Behörden/Körperschaften des öffentlichen Rechts

- Beamter
- Angestellter
- Sanitätsoffizier

bei niedergelassenem Arzt

- Facharzt/Arzt
- Entlastungsassistent
- Weiterbildungsassistent*

Diese Tätigkeit wird in Schleswig-Holstein ausgeübt seit/ab:

in Vollzeit

in Teilzeit mit

Stunden wöchentlich

Niederlassung

Kassenzulassung ja nein eingeschränkte Zulassung (Job-Sharing)

Privatpraxis ja nein

Einzelpraxis:

Berufsausübungsgemeinschaft mit:

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit:

Vertragsarzt im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ):

Praxisgemeinschaft mit:

Diese Tätigkeit wird in Schleswig-Holstein ausgeübt seit/ab:

in Vollzeit

in Teilzeit mit

Stunden wöchentlich

Zweigpraxis

Anschrift:

Sonstige ärztliche Tätigkeit

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Praxisvertreter | <input type="checkbox"/> Gutachter |
| <input type="checkbox"/> Medizinjournalist | <input type="checkbox"/> Honorararzt |
| <input type="checkbox"/> Lehrer/Dozent | <input type="checkbox"/> Notarzt |
| <input type="checkbox"/> Pharmazie | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsmedizin, Werksarzt, Betriebsarzt | <input type="checkbox"/> Ich übe weitere ärztliche Tätigkeiten als Nebentätigkeit aus (siehe Anlage) |

Diese Tätigkeit wird in Schleswig-Holstein ausgeübt seit/ab:

Diese Tätigkeit ist befristet bis:

in Vollzeit in Teilzeit mit Stunden wöchentlich

Ohne ärztliche Tätigkeit

ab/seit:

- Ruhestand
- ohne jegliche ärztliche Tätigkeit
- mit den vorgenannt aufgeführten Tätigkeiten (auch im geringen Umfang)
- Altersteilzeit (Freistellungsphase von bis)
- Elternzeit bis: Dienstverhältnis ja nein
- Berufsfremd (bitte Nachweis einreichen)
- Berufsunfähig bis: (bitte Nachweis einreichen)
- Arbeitssuchend
- Sonstiges:

Datenschutzgrundverordnung erfordert Ihre Zustimmung.

Mit der Weitergabe der personenbezogenen Daten (§8 Heilberufskammergesetz Absatz (2) 1.-4., 6.,7.) von der zuletzt gemeldeten Kammer an die Ärztekammer Schleswig-Holstein erkläre ich mich einverstanden.

ja nein

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift
---------------------	-----------------------

*Angabe ist freiwillig

**Kopie der Berufserlaubnis § 10 BÄO ist nicht erforderlich