



EFN: _____

BAN: _____

MNR: _____

- ja nein
- Erstanmeldung** **Veränderungsmeldung** Bereits früher in Bayern gemeldet ?
- Zugang von anderem Ärztlichen Kreisverband in Bayern (wenn ja von welchem)
- Zugang von außerbayer. Ärztekammer (wenn ja, von welcher)

1.
 Familienname

 Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen)

 (ggf. Geburtsname)

2.
 Titel / Akademische Grade (für die Anschrift)

3. **19**
 Geburtsdatum Geburtsort Staat (frei. Angabe)

4. **Tätigkeitsanschrift** seit

ggf. Bezeichnung der Dienststelle / Abteilung (für weitere Tätigkeiten bitte Beiblatt Seite 4 verwenden)

Straße

Postleitzahl Ort

/ /

 Telefon Fax

e-Mail-Adresse dienstlich _____ Homepage _____

5. **Hauptwohnsitz** seit

Straße

Postleitzahl Ort

e-Mail-Adresse privat _____ Telefon _____ Fax _____

6. **Geschlecht** männlich weiblich
7. **Staatsangehörigkeit:**
- falls eingebürgert seit: frühere Staatsangehörigkeit:
8. **Akademische Grade**
- Deutsche: Dr. med. seit von
- seit von
- Ausländische: seit von
9. **Ärztliche Prüfung/Staatsexamen** (frei. Angabe) wann WO
10. **Approbation** seit von
11. **Erlaubnis gemäß § 10 BÄO** Beginn Ende erteilt von

12. **Derzeitige Haupttätigkeit** (ggf. : in Teilzeit Std./Woche)

 Niederlassung seit ggf. mit wem

Einzelpraxis Gem.-Praxis Praxisgem. MVZ überörtl. Gemeinschaftspraxis

Vertragsarzt Belegarzt Beginn Ende

 Krankenhaus-/Kliniktätigkeit seit

Leitender Arzt/Chefarzt Ärztlicher Direktor Oberarzt Assistenzarzt

Ärztl. Tätigkeit ohne Entgelt sonst. ärztl. Tätigkeit als

Zur vertragsärztl. Versorgung ermächtigt ? Beginn Ende

Andere ärztliche Tätigkeit seit

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beamter | <input type="checkbox"/> Praxisvertreter | <input type="checkbox"/> Arzt im Grundwehrdienst |
| <input type="checkbox"/> Angest. im öffentl. Dienst | <input type="checkbox"/> Gutachter | <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in Praxis / MVZ |
| <input type="checkbox"/> Sonst. Angestellter | <input type="checkbox"/> Arbeitsmedizin | <input type="checkbox"/> Medizinjournalist |
| <input type="checkbox"/> San.-Offizier (Zeit-/Berufssoldat) | <input type="checkbox"/> Pharma-Industrie | <input type="checkbox"/> Ärztl. Tät. ohne Entgelt |

Sonstige ärztliche Tätigkeit als

Nichtärztliche Tätigkeit seit

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ruhestand | <input type="checkbox"/> Haushalt | <input type="checkbox"/> Mutterschutz / Elternzeit |
| <input type="checkbox"/> Zivildienst | <input type="checkbox"/> Stipendiat (freiw. Angabe) | <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslos | <input type="checkbox"/> Berufsfremd als | |

13. weitere Tätigkeiten Beginn Ende

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Betriebsarzt | <input type="checkbox"/> Praxis | <input type="checkbox"/> Musterungsarzt |
| <input type="checkbox"/> Gutachter | <input type="checkbox"/> Lehrtätigkeit | <input type="checkbox"/> Sonstige, welche |

14. Fremdsprachen (freiw. Angabe)

1. 2. 3.

15. Sonstige Angaben

16. **Facharztbezeichnung**

1. wann von

2. wann von

Schwerpunktbezeichnung

1. wann von

2. wann von

Zusatzbezeichnung

1. wann von

2. wann von

3. wann von

Fachkunde

1. wann von

2. wann von

3. wann von

Fakultative Weiterbildung/sonstige Qualifikation

1. wann von

2. wann von

Diese Angaben erfolgen nach Art. 4 Abs. 6 und 7 des Heilberufe-Kammergesetzes in Verbindung mit der Meldeordnung, soweit sie nicht als freiwillig gekennzeichnet sind. Ausfertigungen erhalten der Ärztliche Kreisverband, der Ärztliche Bezirksverband und die Bayerische Landesärztekammer.

Beigefügt sind beglaubigte Abschriften bzw. beglaubigte Fotokopien:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Approbationsurkunde | <input type="checkbox"/> Facharzturkunde(n) |
| <input type="checkbox"/> Erlaubnis gem. § 10 BÄO | <input type="checkbox"/> Schwerpunktbezeichnungsurkunde(n) |
| <input type="checkbox"/> Promotionsurkunde | <input type="checkbox"/> Zusatzbezeichnungsurkunde(n) |
| <input type="checkbox"/> Nachweis ausl. akad. Grade | <input type="checkbox"/> Fachkunden/Fakultative WB |
| <input type="checkbox"/> Ernennungsurkunde(n) | <input type="checkbox"/> Sonst. Nachweise |

Die Vorlage der Originalurkunden kann verlangt werden.

Siegel

....., den

Die Bayerische Landesärztekammer hat mit der **Allianz Private Krankenversicherungs-AG** einen Gruppenversicherungsvertrag zur **Krankenversicherung** abgeschlossen. Nur mit Ihrer Zustimmung werden dem Vertragspartner folgende Daten weitergeleitet:

Name, Vorname(n), Geburtsdatum, Anschrift, Tätigkeit

Die Datenübermittlung begründet kein Versicherungsverhältnis mit der **Allianz Private Krankenversicherungs-AG**, sondern gibt dieser die Möglichkeit, Sie über Krankenversicherungsangebote zu informieren.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie mit der Weitergabe der o.g. Daten an die **Allianz Private Krankenversicherungs-AG** einverstanden sind.

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

Die Bayerische Landesärztekammer hat mit der **Deutschen Ärzteversicherung** einen Gruppenversicherungsvertrag zur **Berufshaftpflichtversicherung – MedProtect** abgeschlossen. Nur mit Ihrer Zustimmung werden dem Vertragspartner folgende Daten weitergeleitet:

Name, Vorname(n), Geburtsdatum, Anschrift, Tätigkeit

Die Datenübermittlung begründet kein Versicherungsverhältnis mit der **Deutschen Ärzteversicherung**, sondern gibt dieser die Möglichkeit, Sie über Angebote zur Berufshaftpflichtversicherung zu informieren.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie mit der Weitergabe der o.g. Daten an die **Deutsche Ärzteversicherung** einverstanden sind.

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

weitere
Tätigkeitsanschrift seit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

_____ e-Mail-Adresse dienstlich _____ Homepage
/ /

Telefon _____ Fax _____

Straße _____

Postleitzahl _____ Ort _____

_____ ggf. Bezeichnung der Dienststelle / Abteilung

Ergänzende Angaben:

.....

weitere
Tätigkeitsanschrift seit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

_____ e-Mail-Adresse dienstlich _____ Homepage
/ /

Telefon _____ Fax _____

Straße _____

Postleitzahl _____ Ort _____

_____ ggf. Bezeichnung der Dienststelle / Abteilung

Ergänzende Angaben:

.....

..... Name Ort, den Datum

.....
Unterschrift Ärztin/Arzt