



Meldebogen an die Meldestelle (Kreis-oder Bezirksverband)

EFN: \_\_\_\_\_
BAN: \_\_\_\_\_
MNR: \_\_\_\_\_

- Erstanmeldung
Veränderungsmeldung
Bereits früher in Bayern gemeldet?
Zugang von anderem Ärztlichen Kreisverband in Bayern
Zugang von außerbayer. Ärztekammer

1. Familienname
Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen)
(ggf. Geburtsname)

2. Titel / Akademische Grade (für die Anschrift)

3. Geburtsdatum 19 Geburtsort Staat

4. Tätigkeitsanschrift seit

e-Mail-Adresse dienstlich / Homepage
Telefon / Fax
Straße
Postleitzahl Ort
ggf. Bezeichnung der Dienststelle / Abteilung (für weitere Tätigkeiten bitte ggf. Beiblatt Seite 4 verwenden)

5. Hauptwohnsitz seit

e-Mail-Adresse privat / Telefon / Fax
Straße
Postleitzahl Ort

6. Geschlecht männlich weiblich

7. Staatsangehörigkeit: falls eingebürgert seit: frühere Staatsangehörigkeit:

8. Akademische Grade Deutsche: Dr. med. seit von Ausländische: seit von

9. Ärztliche Prüfung/Staatsexamen (freiw. Angabe) wann wo

10. Approbation seit von

11. Erlaubnis gemäß § 10 BÄO Beginn Ende erteilt von

12. Derzeitige Haupttätigkeit (ggf. in Teilzeit)
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



# Meldebogen

Nur ausfüllen und zurücksenden falls zutreffend !

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: .....  
.....

....., den .....  
Name Ort Datum

.....  
Unterschrift Ärztin/Arzt