

Bezirksärztekammer Pfalz
z. Hd. Frau Herder
Maximilianstr. 22
67433 Neustadt

Arztausweis

Titel / Name / Vornamen

geb. am: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Tel. / Handy: _____

Bitte ankreuzen:

- Erstaussstellung eines Arztausweises - es wurde bisher kein Ausweis (auch bei einer anderen Ärztekammer beantragt)
- Verlängerung des bisherigen Arztausweises (ist nur bei dem blauen in Papierform möglich)
- Ausstellung eines Arztausweises wegen Ablaufs der Gültigkeit des bisherigen Ausweises / Verlängerung nicht mehr möglich (bitte reichen Sie 1 Passbild und den bisherigen Ausweis mit ein)
- Ausstellung eines Ersatz-Ausweises wegen Diebstahl / Verlust des bisherigen Arztausweises

Ich erkläre hiermit, dass

- mir mein Ausweis am _____ gestohlen wurde.
- mir mein Ausweis am _____ verloren gegangen ist.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich derzeit über keinen Arztausweis der Ärztekammer Pfalz, noch einen Arztausweis einer anderen Ärztekammer (außer dem elektronischen Heilberufsausweis) verfüge.

Datum / Unterschrift: _____

Ohne Unterschrift in diesem Feld ist die Erstaussstellung eines Arztausweises oder die Neuausstellung wegen Diebstahl oder Verlust nicht möglich.

Anlagen

- Passfoto
- Passfoto im JPEG-Format per E-Mail (arztausweis@aek-pfalz.de) an BZÄK Pfalz versendet
- Arztausweis