

Bezirksärztekammer Pfalz
Arztausweis
Maximilianstr. 22
67433 Neustadt

Arztausweis

Titel / Name / Vornamen

geb. am: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Tel. / Handy: _____

E-Mail: _____

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 klassischen in Papierform möglich)
- ☐ Ausstellung eines Arztausweises wegen Ablaufs der Gültigkeit des bisherigen Ausweises / Verlängerung nicht mehr möglich (**bitte reichen Sie 1 Passbild im Format 4 x 5,5cm und den bisherigen Ausweis mit ein**)
- ☐ Ausstellung eines Ersatz-Ausweises wegen Diebstahl / Verlust des bisherigen Arztausweises (Gebühr von 10,00 Euro für die Neuaussstellung eines abhanden gekommenen Arztausweises der BÄK Pfalz, der noch gültig ist, wird bei Ausstellung erhoben)

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 weder über einen Arztausweis der Bezirksärztekammer Pfalz, noch einen Arztausweis einer anderen Ärztekammer (außer dem elektronischen Heilberufsausweis) verfüge**
- ☐ **einen abgelaufenen bzw. ablaufenden Arztausweis einer Ärztekammer besitze (dieser ist dem Antrag beigelegt)**

Datum / Unterschrift: _____

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

Anlagen

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