

**Meldebogen zur Anmeldung bei der Bezirksärztekammer Pfalz**  
**Maximilianstr. 22, 67433 Neustadt**  
**Fax: 0 63 21/92 84-44**

Diese Daten erheben wir aufgrund des Kammergesetzes für die Heilberufe und der Meldeordnung.  
Zutreffendes bitte in Druckschrift ausfüllen bzw. ankreuzen.  
Die Daten werden elektronisch gespeichert

**Erstanmeldung**

oder

**Zugang von Ärztekammer**

es besteht eine weitere Mitgliedschaft bei der Ärztekammer:

**Persönliche Daten**

Name ggf. Geburtsname

Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen)

Titel / Akademische Grade (für die Anschrift)

Geburtsdatum Geburtsort Geburtsland

**Geschlecht**  männlich  weiblich

**Staatsangehörigkeit:**

**Dienstadresse** seit/ab

Bezeichnung der Dienststelle

Straße

Postleitzahl Ort

ggf. Bezeichnung der Abteilung

ggf. Bezeichnung der Funktion

Telefon dienstl.

Fax dienstl.

Mobil dienstl.

E-Mail dienstl.

**Privatadresse** seit/ab

Straße

Postleitzahl Ort

Telefon privat

Fax privat

Mobil privat

E-Mail privat

**Meine Post wünsche ich an:**  Privatanschrift  Dienstanschrift

**Fremdsprachen** (freiw. Angabe)

**Prüfungen**

Deutsche Promotion am

Promotion am

Ausländische Titel

**Erlaubnis gemäß § 10 BÄO** Beginn

Ende

erteilt von

**Approbation am**

als Zahnarzt am

**Bitte 2. Seite beachten!**

**Bei Faxrücksendung bitte Name nochmals in Druckbuchstaben****Haupttätigkeit**  Vollzeit  Teilzeit (Umfang)**Ambulant/Praxis**

- Niederlassung** seit \_\_\_\_\_ ggf. mit wem \_\_\_\_\_
- Einzelpraxis  örtliche Berufsausübungsgemeinschaft  überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
- Vertragsarzt seit \_\_\_\_\_
- Ltd. Arzt MVZ  Angestellter Arzt MVZ  Angestellter Arzt in Praxis seit \_\_\_\_\_
- Belegarzt** seit \_\_\_\_\_ ggf. Krankenhaus/Klinik \_\_\_\_\_

**Krankenhaus-/Kliniktätigkeit** seit \_\_\_\_\_

- Ltd. / Chefarzt  Oberarzt/Fkt.oberarzt  Ass. Arzt / Wiss. M.
- Gastarzt  Äztl. Direktor  Honorararzt
- Praktikant  Med. Controller
- Zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt ? seit \_\_\_\_\_

**Andere ärztliche Tätigkeit** seit \_\_\_\_\_

- Beamter  Angest. im öffentl. Dienst  Angest. Pharmazie
- San-Offizier  lt. San.-Offizier  Praxisvertreter
- Medizinjournalist  WB-Assistent  Arzt im Notfalldienst
- Gutachter  Stipendiat  Sicherstellungsassistent
- Sonstige ärztliche Tätigkeit als \_\_\_\_\_

**Ohne ärztliche Tätigkeit** seit \_\_\_\_\_

- Arbeitslos  Berufsfremd  Berufsunfähig
- Ruhestand  Elternzeit (von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ )
- Sonstiger Grund \_\_\_\_\_

**Weitergabe von Adressdaten**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Anschrift weitergegeben wird für

- den Bezug von Ärzteblatt Rheinland Pfalz/ Deutsches Ärzteblatt  ja  nein
- Einladungen zu Fortbildungsveranstaltungen an die Veranstalter  ja  nein

**Alle eintretenden Veränderungen hinsichtlich der vorstehend gemachten Angaben werde ich unverzüglich der zuständigen Ärztekammer mitteilen.**

Ort/Datum \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

.....  
Unterschrift Ärztin/Arzt

Hiermit bestätige ich, dass nach § 3 Meldeordnung in Verbindung mit § 21 Berufsordnung eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung besteht.

Ort/Datum \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

.....  
Unterschrift Ärztin/Arzt

# RÜCKANTWORT

## BEZIRKSÄRZTEKAMMER PFALZ

### Weiterbildungsregister gem. § 3 Abs. 2 Ziffer 8 HeilBG

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsstätte: \_\_\_\_\_

Folgende Facharztbezeichnung wird angestrebt:

als Facharzt für: \_\_\_\_\_

Ó\*ā}Á^!Á^ā!āā} \*Á~{ Đ~!ÁÈĀ&@: Đ&@: āK

Sollten Sie während Ihrer Weiterbildungszeit die angestrebte Facharzttrichtung wechseln, so teilen Sie uns dies bitte mit.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_