

Meldebogen

gemäß § 2 und § 5 Heilberufsgesetz (GV. NRW. 2007 S. 572)



Mitglieds-Nr.

(wird von der Ärztekammer vergeben)

Zugangsdatum:

Erstmalige Anmeldung bei einer Ärztekammer

Ummeldung von Landesärztekammer: _____

letzte berufliche Anschrift: _____
(private Anschrift, wenn keine ärztliche Tätigkeit ausgeübt wurde)

weitere Mitgliedschaft bei einer anderen Ärztekammer wenn ja, welche: _____

Zugang aus dem Ausland - wenn ja, Staat: _____

letzte berufliche Anschrift: _____

letzte private Anschrift: _____

Angaben zur Person

Name: _____

Vorname: _____
(alle Vornamen lt. Personalausweis, Rufname unterstreichen)

Geschlecht: m w

Geburtsdatum:

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit: _____

frühere Staatsangehörigkeit: _____

Personalausweis-Nr.* _____

ausgestellt am: von: _____

oder

(Reise)Pass-Nr.*: _____

ausgestellt am: von: _____

Privatanschrift

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Fremdsprachenkenntnisse (freiwillige Angabe)

Sprache: _____

Sprache: _____

Einwilligung zur Weitergabe an:

Ärzte **Patienten**

Ärzte **Patienten**

Angaben zur Berufsausbildung*

Ärztliche Prüfung/Arztdiplom am*:

Examensland: _____ Behörde: _____

Approbation am*:

ausstellende Behörde/Ort: _____

Weitere ausländische ärztliche Approbation

ausstellende Behörde/Land: _____ am:

Berufserlaubnis von*: bis:

ausstellende Behörde/Ort: _____ am:

wenn eingeschränkt, Inhalt der Einschränkung: _____

Zahnärztliche Approbation / Berufserlaubnis*

ausstellende Behörde/Land: _____ am:

Approbation zum Apotheker/ Berufserlaubnis *

ausstellende Behörde/Land: _____ am:

Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten* / Berufserlaubnis

ausstellende Behörde/Land: _____ am:

Approbation zum Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten / Berufserlaubnis*

ausstellende Behörde/Land: _____ am:

Promotion* zum: _____ am: _____ Universität/Land: _____

Sonstiger akad. Grad/Titel*: _____ Universität/Land: _____

im Ausland erworbener akademischer Grad/Titel*: _____

ausstellende Behörde: _____ Land: _____ am:

im Ausland erworbene Qualifikationen / Facharztbezeichnungen*

_____ am: Behörde: _____

_____ am: Behörde: _____

_____ am: Behörde: _____

Angaben zur Berufsausübung

a) ambulante Berufsausübung b) stationäre Berufsausübung c) sonstige Berufsausübung

Status freiberuflich angestellt beamtet

Berufliche Anschrift

Name der Praxis/des Krankenhauses/der Einrichtung, in der die **Haupttätigkeit** ausgeübt wird:

Abteilung: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Postfach: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Fax: _____ tätig seit:

--	--	--

(a) Ambulante Berufsausübung

1. Praxis

niedergelassen als: _____
(Facharztbezeichnung angeben)

angestellt als: _____
(Facharztbezeichnung angeben)

Vollzeittätigkeit

Teilzeittätigkeit: _____ Stunden pro Woche

in: Einzelpraxis Praxis in Gemeinschaft MVZ gewerbliche Einrichtung

Gemeinschaftspraxis/Berufsausübungsgemeinschaft mit Ausnahmegenehmigung

überörtliche Gemeinschaftspraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft nach § 29 II HeilBerG

Teilgemeinschaftspraxis/Teilberufsausübungsgemeinschaft ohne Ausnahmegenehmigung

Partnerschaft (nach PartGG) nach § 29 II HeilBerG

Praxisgemeinschaft

Praxisverbund

med. Kooperationsgemeinschaft

ein Praxissitz Praxis mit weiterem Tätigkeitsort

weiterer Tätigkeitsort:

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Postfach: _____ E-Mail: _____ Telefon: _____ Fax: _____

weiterer Tätigkeitsort:

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Postfach: _____ E-Mail: _____ Telefon: _____ Fax: _____

2. **MVZ:** Name: _____

niedergelassen als: _____
(Facharztbezeichnung angeben)

angestellt als: _____
(Facharztbezeichnung angeben)

Vollzeitätigkeit

Teilzeittätigkeit _____ Stunden pro Woche

3. **Tätigkeit in gewerblicher Einrichtung mit Ausnahmegenehmigung (§ 29 Abs. 2 HeilBerG)**

(b) Stationäre Berufsausübung

Krankenhaus (nach Krankenhausplan)

Privatklinik (§ 30 GewO)

Funktion:

Ärztlicher Direktor

Leitender Arzt

Oberarzt

Gastarzt

Arzt, Assistenzarzt, wissenschaftlicher Mitarbeiter

Sonstige Tätigkeit: _____

(c) Andere ärztliche Tätigkeit

tätig als: _____
(Funktion)

seit:

Arbeitgeber: _____

ohne Bezug zur ärztlichen Approbation

(d) Ohne Berufstätigkeit

ohne ärztliche Tätigkeit seit:

Elternzeit von: bis Arbeitgeber: _____

Ruhestand seit:

Kassenzulassung ja nein seit:

Zulassung

Teilzulassung

Ermächtigung

Eingeschränkte Zulassung (Jobsharing)

Ruhen der Zulassung

Berufshaftpflichtversicherung ja nein

eigene Berufshaftpflichtversicherung versichert durch Arbeitgeber übe keine ärztliche Tätigkeit aus

Zustellung Ärzteblätter

Rheinisches Ärzteblatt

Dienstanschrift

Privatanschrift

Deutsches Ärzteblatt

Dienstanschrift

Privatanschrift

keine Lieferung

Ich versichere, obige Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Änderungen werde ich der Ärztekammer Nordrhein unverzüglich anzeigen und die geforderten Urkunden vorlegen.

Ort

Datum

Eigenhändige Unterschrift

Alle mit * gekennzeichneten Angaben sind durch Urkunden zu belegen. Diese sind im Original oder als beglaubigte Fotokopie vorzulegen, sofern sie nicht bei anderen Ärztekammer im Bundesgebiet vorgelegt worden sind.

Optionales Beiblatt zur Angabe von weiteren Tätigkeiten

Angaben zur Berufsausübung (weitere Tätigkeiten)

a) ambulante Berufsausübung b) stationäre Berufsausübung c) sonstige Berufsausübung

Status freiberuflich angestellt beamtet

Berufliche Anschrift

Name der Praxis/des Krankenhauses/der Einrichtung, in der die **weitere Tätigkeit** ausgeübt wird:

Abteilung: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Postfach: _____ Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____ tätig seit:

(a) Ambulante Berufsausübung

1. Praxis

Niedergelassen als: _____
(Facharztbezeichnung angeben)

Angestellt als: _____
(Facharztbezeichnung angeben)

Vollzeitätigkeit

Teilzeittätigkeit: _____ Stunden pro Woche

in: Einzelpraxis Praxis in Gemeinschaft MVZ gewerbliche Einrichtung

Gemeinschaftspraxis/Berufsausübungsgemeinschaft mit Ausnahmegenehmigung

überörtliche Gemeinschaftspraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft nach § 29 II HeilBerG

Teilgemeinschaftspraxis/Teilberufsausübungsgemeinschaft ohne Ausnahmegenehmigung

Partnerschaft (nach PartGG) nach § 29 II HeilBerG

Praxisgemeinschaft

Praxisverbund

med. Kooperationsgemeinschaft

ein Praxissitz Praxis mit weiterem Tätigkeitsort

weiterer Tätigkeitsort:

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Postfach: _____ E-Mail: _____ Telefon: _____ Fax: _____

weiterer Tätigkeitsort:

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Postfach: _____ E-Mail: _____ Telefon: _____ Fax: _____

2. **MVZ:**

Name: _____

niedergelassen als: _____ angestellt als: _____
(Facharztbezeichnung angeben) (Facharztbezeichnung angeben)

Vollzeitätigkeit Teilzeittätigkeit _____ Stunden pro Woche

3. **Tätigkeit in gewerblicher Einrichtung mit Ausnahmegenehmigung (§ 29 Abs. 2 HeilBerG)**

Name der Einrichtung: _____

(b) Stationäre Berufsausübung

Krankenhaus (nach Krankenhausplan) Privatklinik (§ 30 GewO)

Funktion:

Ärztlicher Direktor Leitender Arzt Oberarzt Gastarzt
 Arzt, Assistenzarzt, wissenschaftlicher Mitarbeiter Gastarzt Sonstige Tätigkeit: _____

(c) Andere ärztliche Tätigkeit

tätig als: _____ seit:

--	--	--

(Funktion)

Arbeitgeber: _____

ohne Bezug zur ärztlichen Approbation