



Meldebogen an die Meldestelle (Kreis-oder Bezirksverband)

EFN: _____

BAN: _____

MNR: _____

ja nein

- Erstanmeldung** **Veränderungsmeldung** Bereits früher in Bayern gemeldet?
- Zugang von anderem Ärztlichen Kreisverband in Bayern (wenn ja von welchem)
- Zugang von außerbayer. Ärztekammer (wenn ja, von welcher)

1.

Familienname

Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen)

(ggf. Geburtsname)

2.

Titel / Akademische Grade (für die Anschrift)

3.

Geburtsdatum

Geburtsort

Staat (freiw. Angabe)

4. **Tätigkeitsanschrift** seit

ggf. Bezeichnung der Dienststelle / Abteilung (für weitere Tätigkeiten bitte Beiblatt Seite 4 verwenden)

Straße

Postleitzahl

Ort

_____/_____/_____ / _____/_____

Telefon

Fax

e-Mail-Adresse dienstlich (freiw. Angabe)

Homepage (freiw. Angabe)

5. **Hauptwohnsitz** seit

Straße

Postleitzahl

Ort

e-Mail-Adresse privat (freiw. Angabe)

Telefon

Fax

6. **Geschlecht** männlich weiblich

7. **Staatsangehörigkeit:**

falls eingebürgert seit: frühere Staatsangehörigkeit:

8. **Akademische Grade**

Deutsche: Dr. med. seit von

..... 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 Std./Woche)

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"/> Freiw.Wehr-/Bundesfreiwilligendienst |
| <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

Die Datenerhebung erfolgt nach Art. 2 sowie nach Art. 4 Abs. 6 und 7 Heilberufe-Kammergesetz (HKaG) i. V. m. der Meldeordnung, soweit sie nicht als „freiwillig“ gekennzeichnet sind.

Der Meldebogen geht an den ärztlichen Kreisverband, den ärztlichen Bezirksverband und die Bayerische Landesärztekammer (Berufsvertretung).

Die Berufsvertretung erfüllt mit der Nutzung der Daten, auch der freiwillig mitgeteilten Daten, ihre gesetzlichen Pflichten aus Art. 2 HKaG. Dies umfasst auch die Information über Fortbildungsveranstaltungen.

Zudem kann die Berufsvertretung zum Zweck der Versendung von Werbung anlässlich von Wahlen zu Organen der Berufsvertretung die jeweiligen Mitgliederadressen an den Vertreter des Wahlvorschlages herausgeben.

Die Einwilligung zur Datenweitergabe kann jederzeit widerrufen werden. Datenschutzinformationen siehe

www.blaek.de, Impressum/Datenschutz.

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

.....
Unterschrift des Ärztlichen Kreis- bzw. Bezirksverbandes

.....
Unterschrift Ärztin/Arzt

Sie kommen Ihrer Meldepflicht auch dann nach, wenn Sie mit den Datenweitergaben an eine oder beide Versicherungen nicht einverstanden sind !

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

Sie können die Einwilligung zur Datenweitergabe verweigern.

Für den Fall, dass Sie Ihre Einwilligung verweigern, weisen wir darauf hin, dass der Arzt nach § 21 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns verpflichtet ist, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern!

Bei Nichtvorhandensein einer Krankenversicherung kann ein Verstoß gegen § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG vorliegen. Nach dieser Vorschrift ist jede Person mit Wohnsitz im Inland verpflichtet, für sich eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen, die Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst. Gemäß Satz 2 besteht die Pflicht, nach Satz 1 unter anderem nicht für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert oder versicherungspflichtig sind oder Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, im Umfang der jeweiligen Berechtigung.

Die Einwilligung zur Datenweitergabe kann jederzeit widerrufen werden.

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