ärztekammer niedersachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Meldewesen ● Berliner Allee 20 ● 30175 Hannover ● Tel.: 0511 380-02 ● Fax: 0511 3802-4399 ● E-Mail: meldewesen@aekn.de

Privatpraxis-Aufnahmebogen

Nachname:

Vorname:

Geb.-Datum:

Niederlassung in der Privatpraxis als: ☐ **Arzt** ☐ **Facharzt**

Im Fachgebiet:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Zusätzliche Weiterbildung:

Praxisaufnahme am: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Neue Haupttätigkeit? ☐ **Ja** ☐ **Nein, Nebentätigkeit**

	Praxisanschrift:	**Privatanschrift:**
Straße		
PLZ & Ort		
Telefon		
Telefax		
Mobil-Tel.		
E-Mail		
Homepage		

Sprechstunden:						
Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.

☐ **und nach Vereinbarung** ☐ **ausschließlich nach Vereinbarung**

☐ **behindertengerechter Eingang ***

* Ist die Praxis barrierefrei? (Bitte vergewissern Sie sich zuvor, ob Sie die Anforderungen erfüllen, vgl. www.aezq.de/mdb/downloads/kip/allgemeine-gesundheitsthemen/barrierefreiearztpraxis-kip.pdf)

Praxisgemeinschaft mit:

Haftpflichtversicherung (§ 33 Abs. 1 HKG und § 21 Berufsordnung ÄKN)

☐ Ich füge einen Nachweis über eine gültige Haftpflichtversicherung bei (Versicherungsschein)

☐ Ich bin über meinen Arbeitgeber Haftpflicht versichert; ich füge einen Nachweis bei

☐ Es besteht nach den Grundsätzen der Amtshaftung eine Freistellung

Ort, Datum Unterschrift