

Meldebogen

Diese Daten erheben wir aufgrund des Kammergesetzes für die Heilberufe und der Meldeordnung. Zutreffendes bitte in Druckschrift ausfüllen bzw. ankreuzen. Die Beantwortung der mit einem * gekennzeichneten Fragen ist freiwillig. Datumsangaben bitte im Format TT.MM.JJJJ angeben!

Ärztekammer Niedersachsen
Meldewesen
Karl-Wiechert-Allee 18-22
30625 Hannover

- Erstmeldung (bei einer deutschen Ärztekammer)
- Zugang von der Ärztekammer:
- es besteht eine weitere Mitgliedschaft bei der Ärztekammer:
- Zugang aus dem Ausland (bitte Land angeben):
- Zuletzt in Deutschland gemeldet bei der Ärztekammer:

1. Persönliche Daten

Familienname:..... Geburtsname:

Vornamen (Rufname(n) bitte unterstreichen):.....

Geschlecht: weiblich männlich divers Geburtsdatum:.....

Geburtsort: Geburtsland:

Staatsangehörigkeit:.....

2. Akademische Grade (Titel)

Dr. med. verliehen am: durch:.....

Andere deutsche akademische Grade:

..... verliehen am:..... durch:.....

..... verliehen am:..... durch:.....

Im Ausland erworbener akademischer Grad:

..... verliehen am:..... durch:.....

Bitte amtlich beglaubigte Kopie der Originalurkunden beifügen.
Bei ausländischen Urkunden ist zusätzlich eine Fächer und Notenübersicht sowie eine Übersetzung von einem an einem deutschen Gericht allgemein beeidigten Dolmetscher notwendig!

*3. Fremdsprachenkenntnisse

englisch französisch italienisch spanisch türkisch

sonstige:.....

4. Privatadresse

ab/seit:

Straße/Hausnummer/PLZ/Ort:

Telefonnummer: Handynummer:

Faxnummer: E-Mail:

Anmerkung: Diese Daten werden gemäß § 5 Nr. 8 der Meldeordnung erhoben. Die private Telefonnummer, Telefaxnummer, E-Mail-Adresse wird Kraft gesetzlicher Verpflichtung in Katastrophenfällen von der zuständigen Behörde benötigt.

5. Approbation / Berufserlaubnis

Approbation vom: erteilt durch:

Befristete Berufserlaubnis nach § 10 BÄO vom: bis:

erteilt durch:

Bitte amtlich beglaubigte Kopie der Originalurkunden beifügen.

6. Dienstadresse der Haupttätigkeit in Niedersachsen

ab/seit: Stunden pro Woche:

Dienststelle:

Abteilungsbezeichnung:

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl: Ort:

Telefonnummer: Fax:

Handynummer:

E-Mail:

Homepage*:

6a. Praxis/Niederlassung

Niedergelassen als:

Einzelpraxis

Örtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit:

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit:

Praxisgemeinschaft mit:

Vertragsärztliche Zulassung ja nein nur Privatpraxis⁽¹⁾

Wenn Sie eine Privatpraxis betreiben wünschen Sie die Aufnahme in die Arztauskunft
Niedersachsen? ja nein

Verfügt die Privatpraxis über einen behinderten gerechten Eingang ja nein

Öffnungszeiten der Privatpraxis:

⁽¹⁾ Ist die Praxis barrierefrei? (Bitte vergewissern Sie sich zuvor, ob Sie die Anforderungen erfüllen, www.aezg.de/mdb/downloads/kip/allgemeine-gesundheitsthemen/barrierefreie-arztpraxis-kip.pdf)

6b. Angestellte Tätigkeit

Stationär/Krankenhaus

- Ärztlicher Direktor Leitender Arzt/Chefarzt Oberarzt
 Assistenzarzt Gastarzt Medizin-Controller

Ermächtigung von:bis:

Ermächtigt als:.....

In der Praxis angestellt

- Entlastungsassistent Weiterbildungsassistent

Tätigkeit Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

- Leiter MVZ Angestellt MVZ Vertragsarzt MVZ
 Entlastungsassistent Weiterbildungsassistent

Bei Behörden/Körperschaften des öffentlichen Rechts

- Beamter Angestellter Sanitätsoffizier Bundesfreiwilligendienst

6c. Sonstige ärztliche Tätigkeit

- Praxisvertreter Honorararzt Lehrer/Dozent Medizinjournalist
 Pharmazie Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin/Werkarzt Gutachter
 Medizin-Controlling
 Sonstiges:

6d. Ohne ärztliche Tätigkeit

seit:.....

- Ruhestand ohne ärztliche Tätigkeit Berufsfremd (bitte Nachweis beifügen)
 Arbeitssuchend Haushalt
 Altersteilzeit (Freistellungsphase) von: bis:
 Elternzeit seit:Dienstverhältnis besteht weiter ja nein
 Berufsunfähig seit:(bitte Nachweis beifügen)
 Sonstiges:

7. Telemedizin

seit:.....

Dienststelle:.....

Straße/Hausnummer/PLZ/Ort:.....

.....

8. Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen

ja nein

Dienststelle:.....

Straße/Hausnummer/PLZ/Ort:.....

.....

9. Vornahme von Maßnahmen der assistierten Reproduktion

ja nein

Dienststelle:.....

Straße/Hausnummer/PLZ/Ort:.....

.....

10. Gewünschte Versandadresse:

Privatadresse

Dienstadresse

weitere:

Straße/Hausnummer/PLZ/Ort:.....

.....

11. Anerkennungen gemäß der Weiterbildungsordnung

(davon bitte die **geführten** ankreuzen)

Gebietsbezeichnungen, Schwerpunktbezeichnungen (vormals Teilgebietsbezeichnungen),
Zusatzbezeichnungen, Fachkunden (in bestimmten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden),
Zusätzliche Weiterbildungen im Gebiet (Fakultative Weiterbildung):

für:..... am:..... durch:

für:..... am:..... durch:

für:..... am:..... durch:

für:..... am:..... durch:

für:..... am:..... durch:

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

Ich füge einen Nachweis über eine gültige Berufshaftpflichtversicherung bei
(Versicherungsschein mit Nennung der Deckungssumme und Name der zu versichernden
Person)

Ich bin über meinen Arbeitgeber Haftpflicht versichert:

im Krankenhaus

in Niederlassung (ich füge eine Kopie, des Versicherungsscheins meines Arbeitgebers,
aus welchem hervorgeht, dass ich über diesen haftpflichtversichert bin, bei)

es besteht nach den Grundsätzen der Amtshaftung eine Freistellung

Hinweis: Nach § 33 Abs. 1 Niedersächsisches Kammergesetz für die Heilberufe (HKG) und § 21 der Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen sind Sie verpflichtet, eine hinreichende Haftpflichtversicherung zur Deckung bei der Berufsausübung verursachter Schäden zu unterhalten, es sei denn, dass ausreichender Versicherungsschutz durch eine Betriebshaftpflichtversicherung (zum Beispiel des Krankenhaus- oder MVZ-Trägers) oder nach den Grundsätzen der Amtshaftung (insbesondere für Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst) eine Freistellung von der Haftung besteht.

Information zu § 7a Melderegisterauskunft im Zusammenhang mit Wahlen zur Kammerversammlung und zu den Bezirksstellen

Gemäß § 7a Meldeordnung der Ärztekammer Niedersachsen darf die ÄKN Wahlbewerberinnen oder Wahlbewerber für die Wahlen zur Kammerversammlung oder zu den Bezirksstellenvorständen im Zeitraum zwischen der Auslegung des Wählerverzeichnisses und dem Ende der Wahlzeit Auskunft aus dem Melderegister über die Vor- und Familiennamen, Akademische Grade sowie die Anschriften, Telefaxnummern sowie E-Mail-Adressen von wahlberechtigten Kammermitgliedern geben. Die Empfängerin oder der Empfänger hat die Daten spätestens einen Monat nach der Wahl zu löschen. Das betroffene Kammermitglied hat das Recht, der Weitergabe seiner Daten zu widersprechen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Alle eintretenden **Veränderungen** werde ich der Ärztekammer Niedersachsen unverzüglich mitteilen.

.....
(Ort und Datum)

.....
(Unterschrift)

Die Ärztekammer Niedersachsen bietet zugunsten ihrer Kammermitglieder im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages eine **Berufshaftpflichtversicherung** bei der Deutschen Ärzteversicherung AG an. Ich bin damit einverstanden, daß meine persönlichen Daten (außer Staatsangehörigkeit) mit meiner Privatanschrift aufgrund dieses Gruppenversicherungsvertrages an die **Deutsche Ärzteversicherung AG** weitergegeben werden.

.....
(Ort und Datum)

.....
(Unterschrift)

Erfassung weiterer Dienstanschriften (Nebentätigkeit)

ab/seit: Stunden pro Woche:.....

Dienststelle:.....

Abteilung:

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl/Ort:

Telefon: Fax:

Emailadresse:

Homepage:.....

KV-Praxis = Niedergelassen als:

Privatpraxis = Niedergelassen als:

Wenn Sie eine Privatpraxis betreiben wünschen Sie die Aufnahme in die Arztauskunft

Niedersachsen? ja nein

Verfügt die Privatpraxis über einen Behinderten gerechter Eingang ja nein

Öffnungszeiten der Privatpraxis:.....

⁽¹⁾ Ist die Praxis barrierefrei? (Bitte vergewissern Sie sich zuvor, ob Sie die Anforderungen erfüllen, www.aezg.de/mdb/downloads/kip/allgemeine-gesundheitsthemen/barrierefreie-arztpraxis-kip.pdf)

Nebentätigkeit

Praxisvertretung Angestellt in Praxis Angestellt im Krankenhaus

Angestellt in Behörde Gutachter/in Arbeitsmed. Tätigkeit

Honorararzt/-ärztin

Sonstiges:

.....

.....

.....

Gruppenversicherungsvertrag – Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Die Ärztekammer Niedersachsen unterhält mit der Allianz Private Krankenversicherungs-AG einen Gruppenversicherungsvertrag mit besonderen Konditionen für ihre Mitglieder sowie deren Familienangehörige.

Falls Sie sich für dieses Angebot interessieren, füllen Sie bitte das Formular vollständig aus und senden es unterschrieben zurück an:

Ärztekammer Niedersachsen, Sachgebiet Meldewesen, Karl-Wiechert-Allee 18-22 in 30625 Hannover

.....
Name, Vorname und Titel

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Wohnort

.....
Telefon

.....
E-Mail

Ich willige ein, dass die Ärztekammer Niedersachsen die vorgenannten Daten an die Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Königinstr. 28, 80802 München übermittelt und dass diese Daten an den für die Beratung regional zuständigen Allianz Versicherungsvertreter weitergegeben werden dürfen, um mich zu den Angeboten aus dem Bereich der privaten Kranken- und Pflegeversicherung zu informieren (Werbung und Beratung).

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Die Erlaubnis zur Verwendung der Daten zu diesem Zweck können Sie jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen gegenüber Ihrem Allianz Vertreter oder bei der Allianz unter werbewiderspruch@allianz.de widerrufen.

Diese Datenübermittlung begründet kein Versicherungsverhältnis.

Einwilligung zur Werbung per Telefon oder E-Mail:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Allianz Vertreter und die Allianz Private Krankenversicherungs-AG zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung auch telefonisch oder per E-Mail über die nachfolgend eingetragene Telefonnummer und E-Mail-Adresse informieren (Werbung und Beratung).

.....
Telefon

.....
E-Mail

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Diese Einwilligung können Sie jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen gegenüber Ihrem Allianz Vertreter oder bei der Allianz unter werbewiderspruch@allianz.de widerrufen.