

## Meldebogen

gemäß Meldeordnung der Landesärztekammer Thüringen vom 18.03.1995

### 1. Angaben zur Person

Name: ..... Geburtsname: .....

Vorname (Rufname unterstreichen): .....

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

Geburtsort: ..... Geburtsland: .....

Staatsangehörigkeit: ..... ggf. frühere: .....

Akademische Grade (Titel): ..... verliehen am: ..... durch: .....

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

Fremdsprachen: .....

### 2. Zugang in den Kammerbereich der Landesärztekammer Thüringen

#### Mitgliedschaft in der Landesärztekammer Thüringen:

Erstanmeldung bei einer deutschen Ärztekammer

Zugang von einer anderen Ärztekammer/Bezirksärztekammer (bitte angeben welche):

.....

Ich war bereits Mitglied der Landesärztekammer Thüringen im Jahre: .....

Ist die Abmeldung von der bisherigen Kammer bereits erfolgt:  ja  nein

Beginn der Pflichtmitgliedschaft: .....

mit Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit im Bereich der Landesärztekammer Thüringen ab/seit: .....  
oder

mit Hauptwohnsitz in Thüringen ohne ärztliche Tätigkeit ab/seit: .....

#### Gleichzeitige Mitgliedschaft in anderen Ärztekammern:

Mitglied bei der Ärztekammer: .....

Überwiegend in Thüringen tätig:  ja  nein

### **3. Berufsausbildung**

Staatsexamen/Studienort Datum: ..... Ort: .....  
Universität: .....  
Approbation mit Geltung vom: Datum: ..... Ort: .....  
zahnärztl. Approbation mit Geltung vom: Datum: ..... Ort: .....  
Berufserlaubnis nach § 10 BÄO von: ..... bis: .....  
ausstellende Behörde für aktuelle Berufserlaubnis: .....

#### **4.1 Privatanschrift Hauptwohnsitz ab/seit:** .....

Straße, Hausnummer: .....  
Postleitzahl: ..... Ort: .....  
Telefon-Nr.: ..... Fax-Nr.: .....  
E-Mail: .....

#### **4.2 Privatanschrift Zweitwohnsitz**

Straße, Hausnummer: .....  
Postleitzahl: ..... Ort: .....

#### **5. Dienstanschrift ab/seit:** .....

(Hier Haupttätigkeit → bei mehreren Dienstadressen/Nebentätigkeit Anlage 1)

Name der Einrichtung: .....  
Abteilungsbezeichnung: .....  
Straße, Hausnr.: .....  
Postleitzahl: ..... Ort: .....  
Telefon-Nr.: ..... Fax-Nr.: .....  
E-Mail: .....

**gewünschte Postadresse:**     Hauptwohnsitz     Zweitwohnsitz     Dienstanschrift

**6. Berufsausübung** (Bei mehreren ärztlichen Tätigkeiten bitte Anlage 1 verwenden.)

Vollzeitätigkeit       Teilzeitätigkeit ..... Stunden pro Woche

**a) Angestellt im Krankenhaus, Klinik, Sanatorium**

Ärztlicher Direktor       Leitender Arzt / Chefarzt       Facharzt, Assistenzarzt, Wiss. Mitarbeiter  
 Oberarzt / Leitender Arzt       Gastarzt       Sonstiges .....

**b) Tätigkeit im vertragsärztlichen Bereich**

**Tätigkeit in:**

Einzelpraxis  
 örtl. Berufsausübungsgemeinschaft mit .....  
 überörtl. Berufsausübungsgemeinschaft mit .....  
 eigene Niederlassung am MVZ  
 Anstellung ↴

**Anstellung bei niedergelassenem Arzt/Berufsausübungsgemeinschaft**

Angestellter Facharzt       Weiterbildungsassistent      Sonstiges: .....

**Anstellung im Medizinischen Versorgungszentrum**

Facharzt des MVZ       Weiterbildungsassistent      Sonstiges: .....

**Kassenzulassung**

Zulassung zum:.....  
 Ruhen der Zulassung von: ..... bis: .....  
 Eingeschränkte Zulassung (Job-Sharing)

zugelassene Arzt-/Facharzt-/Teilgebietsbezeichnung: .....

hausärztliche Versorgung       fachärztliche Versorgung

**c) Behörden / öffentl.- rechtl. Körperschaften**

Beamter       Angestellter       Wiss. Mitarbeiter       Institutsdirektor  
 Amtsarzt       stellvertr. Amtsarzt       Sanitätsoffizier       Grundwehrdienst  
 Sonstiges .....

**d) Sonstige ärztliche Tätigkeit (wenn Haupttätigkeit)**

Angest. Pharmaindustr.       Angest. Arbeitsmedizin       Medizinjournalist       Stipendiat  
 Notararzt       Praxisvertreter       Honorararzt       Gutachter  
 andere .....

**e) Ohne ärztliche Tätigkeit**

berufsfremd       Pension / Ruhestand       Elternzeit       Haushalt  
 Vorruhestand       arbeitslos       Altersteilzeit       berufsunfähig  
 sonstiger Grund .....

## 7. Weiterbildung/Fortbildung

Zurzeit Weiterbildung zum: ..... ab/seit: .....

### Anerkennung als:

- Gebietsarzt/ Facharzt: ..... seit: .....

..... seit: .....

..... seit: .....

- Teilgebiet/e / Schwerpunkt/e: ..... seit: .....

..... seit: .....

..... seit: .....

- Zusatzbezeichnung/en: ..... seit: .....

..... seit: .....

..... seit: .....

..... seit: .....

- Fakultative Weiterbildung/en: ..... seit: .....

..... seit: .....

- Fachkunde/n nach der WBO: ..... seit: .....

..... seit: .....

- Fachkunde nach Rettungsdienstgesetz: ..... seit: .....

- Fachkunde/n nach Röntgenverordnung: ..... seit: .....

..... seit: .....

..... seit: .....

..... seit: .....

- Fachkunde/n nach Strahlenschutzverordnung: ..... seit: .....

..... seit: .....

..... seit: .....

..... seit: .....

..... seit: .....

- Fortbildungszertifikat: ..... seit: .....

- Sonstige Qualifikation/en einer Ärztekammer, z.B. Impfen, Ernährungsmedizin:

.....

.....

.....

**Alle eingetretenen Veränderungen werde ich der Landesärztekammer unverzüglich mitteilen.**

..... x .....

Ort Datum Unterschrift

---

**Deutsches Ärzteblatt**

Zur Versendung des Deutschen Ärzteblattes werden an die Deutsche Ärzteverlags GmbH Köln folgende Daten weitergegeben: Name, Vorname, akademischer Grad, Privat- und/oder Dienstanschrift, Mitgliedsnummer, BAN, Geburtsdatum, Geschlecht, WB-Qualifikation, Haupttätigkeit. Mit der Datenweitergabe bin ich

einverstanden. Das Deutsche Ärzteblatt soll zugestellt werden an:

meine Privatanschrift  meine Dienstanschrift

nicht einverstanden.

**Ärzteblatt Thüringen**

Zur Versendung des Ärzteblatt Thüringen werden an die Quintessenz Verlags-GmbH folgende Daten weitergegeben: Name, Vorname, akademischer Grad, Geschlecht, Privat- und/oder Dienstanschrift.

Mit der Datenweitergabe bin ich einverstanden

Ärzteblatt Thüringen (Mitteilungsorgan der Kammer, nicht abwählbar)

meine Privatanschrift  meine Dienstanschrift

**Gruppenversicherungsverträge**

Die Landesärztekammer Thüringen hat arzt spezifische Gruppenversicherungsverträge mit besonders günstigen Bedingungen für ihre Kammerangehörigen abgeschlossen. Damit Ihnen ein unverbindliches Angebot unterbreitet werden kann, würden wir im Falle Ihrer Zustimmung die in der Klammer angeführten Daten an den jeweiligen Vertragspartner weitergeben (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Tätigkeit).

Ich bin mit einer Weitergabe meiner Daten einverstanden

- an die **Allianz Krankenversicherung** München als Vertragspartner für eine **Krankenversicherung**

Ja  Nein

- an die **Deutsche Ärzteversicherung** Köln als Vertragspartner für eine **Berufshaftpflichtversicherung**

**und Lebensversicherung**

Ja  Nein

..... x .....

Ort Datum Unterschrift

Hinweis: Die Landesärztekammer Thüringen hat für ihre interne Datenverarbeitung zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben die hierzu erforderlichen Daten ihrer Mitglieder gespeichert. Diese Mitteilung erfolgt aufgrund § 19 Abs. 3 ThürDSG.

# Anlage 1 zum Meldebogen der Landesärztekammer Thüringen

## Erfassen mehrerer Dienstadressen (auch bei Nebentätigkeit in Thüringen)

Name, Vorname .....

<input type="checkbox"/> Honorararzt	<input type="checkbox"/> Nebenbetriebsstätte	<input type="checkbox"/> Eigene Zulassung KV	<input type="checkbox"/> Privatärztl. Tätigkeit
<input type="checkbox"/> Praxisvertretung	<input type="checkbox"/> Angestellt in Praxis	<input type="checkbox"/> Angestellt im KH	<input type="checkbox"/> Angestellt in Behörde
<input type="checkbox"/> Gutachterl. Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Arbeitsmed. Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ermächtigung KV	<input type="checkbox"/> Sonstiges ↓

ab/seit: ..... bis: .....

zeitlicher Umfang ..... Stunden pro Woche

Dienststelle: .....

Abteilung: .....

Straße, Hausnummer: .....

Postleitzahl, Ort: .....

Telefon-Nr: ..... Fax-Nr: ..... E-Mail: .....

<input type="checkbox"/> Honorararzt	<input type="checkbox"/> Nebenbetriebsstätte	<input type="checkbox"/> Eigene Zulassung KV	<input type="checkbox"/> Privatärztl. Tätigkeit
<input type="checkbox"/> Praxisvertretung	<input type="checkbox"/> Angestellt in Praxis	<input type="checkbox"/> Angestellt im KH	<input type="checkbox"/> Angestellt in Behörde
<input type="checkbox"/> Gutachterl. Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Arbeitsmed. Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ermächtigung KV	<input type="checkbox"/> Sonstiges ↓

ab/seit: ..... bis: .....

zeitlicher Umfang ..... Stunden pro Woche

Dienststelle: .....

Abteilung: .....

Straße, Hausnummer: .....

Postleitzahl, Ort: .....

Telefon-Nr: ..... Fax-Nr: ..... E-Mail: .....

<input type="checkbox"/> Honorararzt	<input type="checkbox"/> Nebenbetriebsstätte	<input type="checkbox"/> eigene Zulassung KV	<input type="checkbox"/> Privatärztl. Tätigkeit
<input type="checkbox"/> Praxisvertretung	<input type="checkbox"/> Angestellt in Praxis	<input type="checkbox"/> Angestellt im KH	<input type="checkbox"/> Angestellt in Behörde
<input type="checkbox"/> Gutachterl. Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Arbeitsmed. Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ermächtigung KV	<input type="checkbox"/> Sonstiges ↓

ab/seit: ..... bis: .....

zeitlicher Umfang ..... Stunden pro Woche

Dienststelle: .....

Abteilung: .....

Straße, Hausnummer: .....

Postleitzahl, Ort: .....

Telefon-Nr: ..... Fax-Nr: ..... E-Mail: .....