

Meldebogen

Hinweis zum Datenschutz: Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage von §§ 3 und 4 Berliner Heilberufekammergesetz. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.aekb.de. Zutreffendes bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen bzw. ankreuzen. **Alle fett gedruckten Felder sind Pflichtfelder.**

- Erste Anmeldung** – Ich melde mich erstmals bei einer deutschen Ärztekammer (hier: Ärztekammer Berlin) an.
- Ummeldung** – Ich bin/war/werde Mitglied der Ärztekammer _____ (sein) und werde nun in Berlin ärztlich tätig/wohnen.
- Mehrfachmitgliedschaft** – Ich bin bereits bei der Ärztekammer _____ gemeldet und nehme nun eine weitere ärztliche Tätigkeit in Berlin auf.
- Wiederaufleben der Mitgliedschaft** – Ich war bereits in der Ärztekammer _____ gemeldet und bin danach ins Ausland gegangen. Da ich nun in Berlin arbeite/lebe, melde ich mich bei der Ärztekammer Berlin an.
- Anzeige einer vorübergehenden und gelegentlichen Tätigkeit** – Ich nehme eine vorübergehende und gelegentliche ärztliche Tätigkeit in Berlin auf und bin bereits bei der Ärztekammer _____ gemeldet bzw. ich bin in _____ (EU-/EWR-Staat oder vergleichbar) niedergelassen.

Persönliche Angaben

Familienname	Geburtsname
Früher geführte Namen	Vorname(n)
Rufname	Geschlecht
Geburtsdatum	Geburtsort
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Falls eingebürgert, seit wann	Frühere Staatsangehörigkeit
Betreuung <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja (Angabe nicht verpflichtend für vorübergehend und gelegentlich tätige Ärztinnen/Ärzte)	
Datum Promotion	Verleihende Stelle
Datum Habilitation	Verleihende Stelle
Datum Professur	Verleihende Stelle
Weitere(r) akademische(r) Grad(e)/Titel	
Datum	Verleihende Stelle(n)
Wohnsitz Straße	Hausnummer
Postleitzahl	Ort
Telefon	weiteres Telefon
E-Mail-Adresse	Telefax
Land	Wohnsitz seit
Abweichende Postanschrift Straße	
Hausnummer	Postleitzahl
Ort	Land

Approbation

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Approbation Ärztin/Arzt | <input type="checkbox"/> Approbation Apothekerin/Apotheker |
| <input type="checkbox"/> Approbation neue Bundesländer 30.06.1988 | <input type="checkbox"/> Approbation Zahnärztin/Zahnarzt |
| <input type="checkbox"/> Approbation Theoretische Medizin | <input type="checkbox"/> Approbation Tierärztin/Tierarzt |
| <input type="checkbox"/> Approbation Psychotherapeutin/Psychotherapeut | |
-

Berufserlaubnis nach Bundesärzteordnung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> § 2 (2) – allgemein | <input type="checkbox"/> § 10 (5) – nicht abgeschlossene Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> § 10 (2) – eingeschränkt Tätigkeiten/Beschäftigungsstellen | <input type="checkbox"/> § 10a – eingeschränkt Gebiet |
| <input type="checkbox"/> § 10 (2) – eingeschränkt Bezirksregierung | <input type="checkbox"/> § 10b – EU-Dienstleister |
| <input type="checkbox"/> § 10 (2) – eingeschränkt Bundesland | <input type="checkbox"/> § 10 – eingeschränkt Deutschland |
| <input type="checkbox"/> § 10 (2) – eingeschränkt selbständige Tätigkeit | <input type="checkbox"/> § 8 – nach Widerruf/Verzicht Approbation |
-

Ausstellende Behörde

Ort	Gültig seit
-----	-------------

Anerkannte Weiter- und Fortbildungen

Anerkennung durch

Ausstellungsdatum	Anerkennung bis
-------------------	-----------------

Anerkannte Weiter- und Fortbildungen

Anerkennung durch

Ausstellungsdatum	Anerkennung bis
-------------------	-----------------

In Weiterbildung zur/zum Fachärztin/Facharzt für	seit
--	------

In Weiterbildung im Schwerpunkt	seit
---------------------------------	------

In Weiterbildung in der Zusatzbezeichnung	seit
---	------

Fremdsprachen

Ärztliche Tätigkeit: Bitte teilen Sie uns im Folgenden alle ärztlichen Tätigkeiten mit, die Sie ausüben. Ärztliche Berufsausübung ist jede Tätigkeit, bei der ärztliche Fachkenntnisse angewendet oder mitverwendet werden oder werden können. Sofern Sie mehrere Tätigkeiten ausüben, vervielfältigen Sie bitte die Seiten 2 und 3.

Dienststelle

Abteilung	Adresszusatz
-----------	--------------

Straße	Hausnummer
--------	------------

Postleitzahl	Ort
--------------	-----

Land	Telefon
------	---------

E-Mail-Adresse	Telefax
----------------	---------

Tätigkeit seit / ab	Befristete Tätigkeit <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, bis _____
---------------------	---

In Teilzeit

Nein / Ja

Wöchentliche Arbeitszeit

Tätigkeit: Ambulant/Praxis

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vertragsärztliche Niederlassung | <input type="checkbox"/> Privatärztliche Niederlassung |
| <input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Teilzulassung | <input type="checkbox"/> Angestellte(r) Ärztin/Arzt |
| <input type="checkbox"/> Sonderbedarf <input type="checkbox"/> Häftiger Auftrag | |

Tätigkeit: Stationär/Krankenhaus

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leitende(r) Ärztin/Arzt, Chefärztin/Chefarzt | <input type="checkbox"/> Medizin-Controller |
| <input type="checkbox"/> Ärztliche(r) Direktor(in) | <input type="checkbox"/> Gastärztin/Gastarzt |
| <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt/Funktionsoberärztin/-arzt | <input type="checkbox"/> Sonstige Tätigkeit |
| <input type="checkbox"/> Assistenzärztin/-arzt/Wiss. Mitarbeiter(in) | |

Tätigkeit: Behörde/Körperschaft des öffentlichen Rechts

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beamte(r) | <input type="checkbox"/> Freiwillige(r) oder Grundwehrdienst |
| <input type="checkbox"/> Angestellte(r) | <input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienst/Zivildienst |
| <input type="checkbox"/> Sanitätsoffizier(in) | <input type="checkbox"/> Sonstige Tätigkeit |

Tätigkeit: Sonstige ärztliche Tätigkeit

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Werks-/Betriebsarzt | <input type="checkbox"/> Angestellte(r) Pharmazie |
| <input type="checkbox"/> Belegärztin/Belegarzt | <input type="checkbox"/> Angestellte(r) Arbeitsmedizin |
| <input type="checkbox"/> Praxisvertreter(in) | <input type="checkbox"/> Musterungsärztin/Musterungsarzt |
| <input type="checkbox"/> Notärztin/Notarzt | <input type="checkbox"/> Honorarärztin/Honorararzt |
| <input type="checkbox"/> Notdienste | <input type="checkbox"/> Medizinjournalist(in) |
| <input type="checkbox"/> Gutachter(in) | <input type="checkbox"/> Lehrer(in) |

Dienststellenart Praxis

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis | <input type="checkbox"/> Praxisnetz/Praxisverbund |
| <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft | <input type="checkbox"/> Örtliche Berufsausübungsgemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> Notfallpraxis | <input type="checkbox"/> Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> Partnerschaft | <input type="checkbox"/> Teilberufsausübungsgemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes OP-Zentrum | <input type="checkbox"/> Medizinische Kooperationsgemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> Praxisklinik (Poliklinik) | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Andere Dienststellenart

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus/Klinik | <input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum/Einrichtung nach § 311 SGB V |
| <input type="checkbox"/> Pflegeheim | <input type="checkbox"/> Zweigpraxis/Nebenbetriebsstätte |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes Reha-Zentrum | <input type="checkbox"/> Regierungsbehörde |
| <input type="checkbox"/> Reha/Kurklinik/Sanatorium | <input type="checkbox"/> Institut |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt | <input type="checkbox"/> Firma |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsmedizinischer Dienst | |
| <input type="checkbox"/> Andere Organisationsform (bitte angeben) | |

Tätigkeit: Ohne ärztliche Tätigkeit

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ruhestand | <input type="checkbox"/> Elternzeit bis _____
(im Arbeits-/Dienstverhältnis <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein) |
| <input type="checkbox"/> Berufsunfähig | <input type="checkbox"/> Berufsfremd (Tätigkeitsbeschreibung beilegen) |
| <input type="checkbox"/> Haushalt | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslos/Arbeitssuchend | |

Bei einer Erstmeldung sind folgende Urkunden und Unterlagen vorzulegen:

1. **Original oder einfache Kopie:** • Amtliches Ausweisdokument, • Aufenthaltstitel, • Meldebescheinigung, • Arbeitsgenehmigung, • Einbürgerungsurkunde
2. **Original oder beglaubigte Kopie:** • Approbationsurkunde, • Berufserlaubnis gemäß § 10 BÄO, • Promotionsurkunde, • Habilitationsurkunde, • Facharzturkunden, • Schwerpunktbezeichnungen, • Zusatzbezeichnungen, • Fortbildungsnachweise, • Personenstandsurkunde bei Namensänderung

Bitte senden Sie das „Deutsche Ärzteblatt“ sowie „Berliner Ärzt:innen“ an meine

- Wohnsitzanschrift abweichende Postanschrift Dienstanschrift
-

Erklärung Versicherungen: Die Ärztekammer Berlin hat zugunsten ihrer Kammermitglieder arzt spezifische Gruppenversicherungsverträge abgeschlossen. Damit Ihnen ein unverbindliches Angebot unterbreitet werden kann, würden wir mit Ihrer Zustimmung folgende Daten an den Vertragspartner weitergeben: Name, Vorname, akademischer Grad, Adresse, Geburtsdaten, Tätigkeitsort, Tätigkeitsart sowie Datum der Begründung / Beendigung Ihrer Pflichtmitgliedschaft bei der Ärztekammer Berlin.

Private Krankenversicherung

Ich bin mit der Übermittlung meiner Daten an die Allianz Private Krankenversicherungs-AG München einverstanden

Ich stimme zu. Mir ist bekannt,

dass ich diese Einwilligung/en jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin widerrufen kann. Mir ist bewusst, dass mein Widerruf die Rechtmäßigkeit der bis zum Eingang meiner Erklärung erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Berufshaftpflichtversicherung

Ich bin mit der Übermittlung meiner Daten an die Deutsche Ärzteversicherung Köln einverstanden

Ich stimme zu. Mir ist bekannt,

Erklärung Kammerwahl: Die Ärztekammer Berlin wird den Trägern von Wahlvorschlägen bei den Wahlen zur Delegiertenversammlung Ihre Vornamen, Familiennamen, akademischen Grade und Titel, derzeitigen Anschriften, Berufszugehörigkeit sowie Weiterbildungsanerkennungen weitergeben, wenn Sie dieser Auskunftserteilung nicht widersprechen.

Ich widerspreche

Informationen zur Berufshaftpflichtversicherung: Sie sind als Kammermitglied oder Berufsangehörige/r nach § 27 Absatz 1 Nr. 7 Berliner Heilberufekammergesetz verpflichtet, eine Berufshaftpflichtversicherung zur Deckung der sich aus Ihrer Berufstätigkeit ergebenden Haftpflichtansprüche zu unterhalten. Ihre Versicherung muss dem Risiko nach Art und Umfang angemessen sein. Die Versicherungspflicht besteht für Sie persönlich, es sei denn, Sie sind in vergleichbarem Umfang im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses abgesichert oder nach den Grundsätzen der Amtshaftung von der Haftung freigestellt. Der bestehende Versicherungsschutz ist der Ärztekammer Berlin auf Verlangen nachzuweisen.

Mit Ihrer Unterschrift unter dem Meldebogen bestätigen Sie, dass Sie diese Information zur Kenntnis genommen haben.

Bestätigung des Erhalts von Unterlagen: Mit der Anmeldung habe ich folgenden Unterlagen erhalten: • Ausfertigung Berufsordnung (BO), • Information zur Pflichtmitgliedschaft Berliner Ärzteversorgung mit Anlagen, • Antrag Anmeldung zum Mitgliederportal, • Antrag Arztausweis.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Mir ist bewusst, dass sämtliche Änderungen der im Meldebogen aufgeführten Daten der Ärztekammer Berlin innerhalb eines Monats anzuzeigen sind.

Datum: _____

Unterschrift: _____