

für Registriernummer:

Ihr Kontakt (T/F):
E: mba@aeKB.de
Datum: 26. Februar 2026

Abgabe- und Zahlungstermin: 15.04.2026

Änderungen zu nebenstehenden Angaben:

Umzug seit:

nach Straße:

Ort:

Telefon/Fax:

Liegt Ihnen Ihr Einkommensteuerbescheid (EkStB) 2024 nicht vor, veranlagen Sie den Beitrag bitte **vorläufig**, um eine Festsetzung zu vermeiden!

A. Beitragsbemessung nach Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit im Jahr 2024 (Beitragsbemessungsjahr):

☐ Ich habe im **Jahr 2024** folgende Einkünfte aus ärztlicher sowie ggf. anderer heilberuflicher Tätigkeit erzielt:

Einkünfte aus Gewerbebetrieb	€
Einkünfte aus selbständiger Arbeit	€
Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit gem. Einkommensteuerbescheid (EkStB) <u>oder</u> Bruttoarbeitslohn gem. Lohnsteuerbescheinigung abzgl. 1.230,- € Arbeitnehmerpauschbetrag	€
sonstige Einkünfte aus ärztlicher bzw. anderer heilberuflicher Tätigkeit	€
abzgl. der vom Finanzamt gewährten Behinderten- u. Pflegepauschbeträge	€
= Summe der voraufgeführten Einkünfte (<u>nicht</u> das zu versteuernde Einkommen!)	€
Es ergibt sich daraus folgende Beitragsstufe gem. Beitragstabelle:	= Beitrag i. H. v. €

B. Keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Jahr 2024 (Beitragsbemessungsjahr):

☐ Ich habe im Jahr 2024 keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erzielt (z. B. mangels Approbation, wegen Verlusten, mangels Versteuerung der Einkünfte in der Bundesrepublik Deutschland)

Ich veranlege daher den Beitrag in der Beitragsstufe 3 in Höhe von

€ 69,-

C. Ausnahme: nur ausfüllen, wenn die Beitragsbemessung nach den Einkünften 2026 abweichend von der Beitragsbemessung nach den Einkünften 2024 (A.) voraussichtlich der Beitragsstufe 3 entspricht.

☐ Voraussichtlich werden meine Einkünfte im Beitragsjahr 2026 – auch unter der Berücksichtigung der Behinderten- und Pflegepauschbeträge entsprechend der Beitragsordnung – der Beitragsstufe 3 (unter 20.000 €) entsprechen.

Ich veranlege daher den Beitrag in der Beitragsstufe 3 in Höhe von

€ 69,-

Hinweis: Bitte nur ankreuzen, wenn die Beitragsbemessung im Beitragsjahr 2026 voraussichtlich der Stufe 3, auch unter Berücksichtigung von Behinderten- und Pflegepauschbeträge, entspricht (abweichend von der Bemessung nach A.).

D. Mitgliedschaft in weiteren Landesärztekammern

☐ Ich bin im Beitragsjahr 2026 zahlungspflichtiges Mitglied in folgenden weiteren Landesärztekammern:

☐ Mein Beitrag ist daher durch die Zahl der Kammermitgliedschaften zu teilen:

Beitragsstufe gem. oben A.	mit einem Beitrag i. H. v. €	dividiert durch Zahl der Kammermitgliedschaften	= Beitrag i. H. v. (auf volle € kaufmännisch gerundet)	€ (mind. € 69,-)
-------------------------------	---------------------------------	--	---	---------------------

ODER: ☐ Die Beitragsteilung ist unverhältnismäßig, weil ich an mindestens eine andere Landesärztekammer einen Beitrag zahlen muss. Den Zahlungsnachweis habe ich angefügt.

Ich veranlege meinen Beitrag daher ausschließlich aufgrund meiner im Jahr 2024 in Berlin erzielten Einkünfte:

Summe der in Berlin erzielten Einkünfte €	Beitragsstufe gem. Beitragstabelle:	= Beitrag i. H. v.	€ (mind. € 69,-)
--	--	--------------------	---------------------

E. Mitgliedschaft in weiteren Heilberufskammern

☐ Ich bin im Beitragsjahr 2026 aufgrund meiner Tätigkeit auch zahlungspflichtiges Mitglied in den nachfolgend aufgeführten Heilberufskammern (z. B. Zahnärztekammer, Psychotherapeutenkammer):

☐ Günstigerprüfung bei Mitgliedschaften in weiteren Heilberufskammern:

☐ Ich veranlege daher den Beitrag in der Beitragsstufe 8 i. H. v.

€ 207,-

☐ Meine Einkünfte aus heilberuflicher Tätigkeit bemessen nach A. entsprechen der Beitragsstufe 3, 4, 5, 6 oder 7.
Ich veranlege daher

€ 69,-

Registriernummer:

Name:



F. Mitgliedschaft in weiteren Landesärztekammern und in weiteren Heilberufskammern

☐ Günstigerprüfung bei Mitgliedschaften in mehreren Landesärztekammern und Heilberufskammern:	
☐ Mein Beitrag bemessen nach D. ist günstiger als bemessen nach E. Ich veranlege daher	€ (mind. € 69,-)
☐ Mein Beitrag bemessen nach E. ist günstiger als bemessen nach D. Ich veranlege daher	€ 207,-

G. Nachweise

☐ Nachweis: Der Beitragsveranlagung liegt eine Kopie des EkStB 2024 bei. (Bitte kennzeichnen und erläutern Sie auf dem Bescheid ausgewiesene o. g. Einkunftsarten, die nicht aus ärztlicher sowie ggf. aus heilberuflicher Tätigkeit stammen.) ODER	
☐ Nachweis: Da mir der EkStB 2024 noch nicht vorliegt, stupe ich den Beitrag vorläufig ein und reiche den EkStB innerhalb eines Monats nach Erhalt ein. ODER	
☐ Nachweis: Ich war im Jahr 2024 nicht zur Abgabe einer Steuererklärung verpflichtet und reiche ersatzweise die Lohnsteuerbescheinigung/en 2024 ein (gilt nur für angestellte Ärzte/Ärztinnen ohne weitere ärztliche Einkünfte). ODER	
☐ Nachweis: Einkünfte gem. EkStB 2024 vom _____ (TT/MM/JJJJ) werden durch Stempel und Unterschrift meiner Steuerberaterin/meines Steuerberaters bestätigt.	Stempel und Unterschrift Steuerberaterin/Steuerberater

H. Mindestbeitrag

☐ Ich bin zum 01.02.2026 nicht ärztlich tätig. Seit _____ (TT/MM/JJJJ) bin ich (jeweils belegende Bescheinigung beifügen) ☐ Rentner:in, Pensionär:in, in Altersteilzeit ☐ arbeitslos ☐ in Elternzeit, voraussichtl. bis _____ ☐ berufsforeign tätig als _____ (Tätigkeitsbeschreibung ist beigefügt / liegt vor) ☐ dauerhaft und schwer erkrankt (ärztliches Attest o. Ä. ist beigefügt) ☐ Sonstiges: _____	
Ich veranlege daher den Mindestbeitrag in Höhe von	€ 60,-
☐ Ich werde dauerhaft nicht mehr ärztlich tätig sein. Ich beantrage daher zusätzlich die dauerhafte Festsetzung des Mindestbeitrags durch die Ärztekammer Berlin, so dass ich mich bis auf Widerruf zukünftig nicht mehr veranlagen muss.	

I. Antrag auf Befreiung von der Beitragszahlung oder dauerhafte Befreiung von der Beitragszahlung bis auf Widerruf

☐ Ich beantrage Befreiung von der Beitragszahlung, weil ich im Jahr 2026 keine ärztliche Tätigkeit ausübe und ☐ festgestellt pflegebedürftig bin (bitte Nachweis beifügen) oder ☐ befristet einen Grad der Behinderung von mind. 70 oder Merkmal aG / B / BI / G / GI / H / TBI habe (bitte Nachweis beifügen), oder ☐ Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz (bitte Nachweis beifügen) erhalte.	
☐ Ich beantrage Befreiung von der Beitragszahlung, weil ich im Jahr 2026 Grundsicherung für Arbeitssuchende (Zweites Sozialgesetzbuch) oder Grundsicherung im Alter bzw. bei Erwerbsminderung (Zwölftes Sozialgesetzbuch) beziehe. Bitte Nachweis beifügen.	
☐ Ich beantrage dauerhafte Befreiung von der Beitragszahlung bis auf Widerruf, ☐ weil ich zum 01.02.2026 nicht mehr ärztlich tätig bin und das 75. Lebensjahr vollendet habe. ☐ weil ich im Jahr 2026 keine ärztliche Tätigkeit ausübe und der Pflegegrad 3, 4 oder 5 oder unbefristet ein Grad der Behinderung von mind. 70 oder Merkmal aG / B / BI / G / GI / H / TBI festgestellt worden ist (bitte Nachweis beifügen).	

J. Angaben zur aktuellen ärztlichen Tätigkeit (für weitere Tätigkeiten bitte gesondertes Blatt nutzen!)

Arbeitsstelle:	seit:
Straße, Ort:	tätig als:
T/F/E:	wöchentliche Stundenzahl:

K. Angaben zur Weiterbildung

In Weiterbildung seit (Monat/Jahr) _____ zur Fachärztin/zum Facharzt für/Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung:

L. SEPA-Lastschriftmandat

--

Datum : _____	Unterschrift : _____
---------------	----------------------

Registriernummer:

Name:

M. Härtefallantrag

Ich befinde mich aufgrund ungünstiger wirtschaftlicher Verhältnisse vorübergehend in ernsthaften Zahlungsschwierigkeiten oder die Einziehung des Beitrags würde diese Zahlungsschwierigkeiten herbeiführen (bitte unten begründen, insbesondere die konkrete Situation darstellen).

Daher beantrage ich eine

☐

teilweise Stundung

☐

Stundung

des Beitrags.

oder

Ich befinde mich in einer unverschuldeten wirtschaftlichen Notlage und es ist zu besorgen, dass die Weiterverfolgung des Beitragsanspruches zu einer Gefährdung meiner Existenz führen würde (bitte unten begründen, insbesondere die konkrete Situation darstellen).

Daher beantrage ich einen

☐

teilweisen Erlass

☐

Erlass

des Beitrags.

Bitte hier Härtefallantrag begründen und Nachweise beifügen:

Datum : _____

Unterschrift : _____