

- **Angaben, die mit ¹ gekennzeichnet sind, müssen durch Urkunden (Originale oder beglaubigte Kopien) belegt werden, sofern sie nicht der vorherigen Ärztekammer vorlagen.**

- Erstmalige Anmeldung bei einer Ärztekammer in Deutschland
 Ummeldung, bisherige Ärztekammer/Bezirksstelle _____

Angaben zur Person

Name _____

Vornamen _____
(Rufname unterstreichen)

Geburtsname _____ Titel¹ _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort/-land _____

Geschlecht weiblich männlich unbestimmt (Möchten Sie als Frau oder Herr angesprochen werden?)

Staatsangehörigkeit _____

Angaben zur Privatanschrift

ab/seit _____ Straße/Nr. _____

Handy-Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefon-Nr. _____ Fax-Nr. _____

Angaben zur Berufsausbildung

Approbation¹ am _____ ausstellende Behörde _____

Zahnärztliche Approbation¹ am _____ ausstellende Behörde _____

Promotion¹ am _____ ausstellende Universität _____

Mitglied der Zahnärztekammer Ja Nein

Berufserlaubnis nach §10¹ gültig von _____ bis _____

Fortbildungszertifikat

Wenn Ihnen bereits ein Fortbildungszertifikat ausgestellt wurde, fügen Sie bitte eine Kopie des Zertifikates bei.

ausstellende Bezirksstelle _____

ausgestellt am _____

Angaben zur Haupttätigkeit im Lande Bremen

(Bei weiteren Tätigkeiten Seite 3 beachten)

Ohne ärztliche Tätigkeit seit/ab dem _____

- Arbeitslos Ruhestand Elternzeit bis _____
 Berufsunfähigkeit* Berufsfremd* Sonstiges _____

*Bitte fügen Sie eine Kopie des Nachweises bei.

Haupttätigkeit seit/ab dem _____

Praxis/MVZ

- Angestellter Arzt/Angestellte Ärztin
 Niedergelassene/r Facharzt/-ärztin o Kassenzulassung o Privatpraxis
Fachgebiet _____
o Einzelpraxis
o Praxisgemeinschaft mit _____
o Berufsausübungsgemeinschaft o fachübergreifend o überörtlich
mit _____

Klinik

- Assistenzarzt/-ärztin Ltd. Arzt/Ärztin oder Chefarzt/-ärztin
 Oberarzt/-ärztin Ärztl. Direktor/-Direktorin
 Sonstiges _____

Behörde

- Beamter/Beamtin Angestellter Arzt/Ärztin
 Sonstiges _____

Sonstige Tätigkeit

- Praxisvertretung Honorararzt/-ärztin Gutachter/Gutachterin
 Sonstiges _____

Angaben zur Dienstadresse

Dienststelle _____
Abteilung _____
Straße/Nr. _____
PLZ _____ Ort _____
Telefon-Nr. _____ Fax-Nr. _____
E-Mail _____

Weitere Tätigkeit I seit/ab dem _____

Praxis/MVZ

- Angestellter Arzt/Ärztin
 Niedergelassene/r Facharzt/-ärztin o Kassenzulassung o Privatpraxis
Fachgebiet _____
o Einzelpraxis
o Praxisgemeinschaft mit _____
o Berufsausübungsgemeinschaft o fachübergreifend o überörtlich
mit _____

Klinik

- Assistenzarzt/-ärztin Ltd. Arzt/Ärztin oder Chefarzt/-ärztin
 Oberarzt/-ärztin Ärztl. Direktor/Direktorin
 Sonstiges _____

Behörde

- Beamter/Beamtin Angestellt Sonstiges _____

Sonstige Tätigkeit

- Praxisvertretung Honorararzt/-ärztin Gutachter/Gutachterin
 Sonstiges _____

Dienststelle _____ Straße/Nr. _____

Telefon-Nr. _____ PLZ _____

Fax-Nr. _____ Ort _____

Weitere Tätigkeit II seit/ab dem _____

Praxis/MVZ

- Angestellter Arzt/Ärztin
 Niedergelassene/r Facharzt/-ärztin o Kassenzulassung o Privatpraxis
Fachgebiet _____
o Einzelpraxis
o Praxisgemeinschaft mit _____
o Berufsausübungsgemeinschaft o fachübergreifend o überörtlich
mit _____

Klinik

- Assistenzarzt/-ärztin Ltd. Arzt/Ärztin oder Chefarzt/-ärztin
 Oberarzt/-ärztin Ärztl. Direktor/Direktorin
 Sonstiges _____

Behörde

- Beamter/Beamtin Angestellt Sonstiges _____

Sonstige Tätigkeit

- Praxisvertretung Honorararzt/-ärztin Gutachter/Gutachterin
 Sonstiges _____

Dienststelle _____ Straße/Nr. _____

Telefon-Nr. _____ PLZ _____

Fax-Nr. _____ Ort _____

Zweitmitgliedschaft

Es besteht gleichzeitig eine Mitgliedschaft in einer/mehreren weiteren Ärztekammer/n

Nein Ja, in _____

Deutsches Ärzteblatt

Das Deutsche Ärzteblatt möchte ich kostenlos beziehen.
Mit meiner Unterschrift stimme ich der Weitergabe der notwendigen Daten an den Deutschen Ärzteverlag zu
(Name, Adresse, Geschlecht, Geburtsdatum, Haupttätigkeit, Fachgebiet).

Unterschrift (für Zusendung erforderlich)

Versandadresse

Welche Anschrift sollen wir als Ihre Versandadresse nutzen? An diese Adresse werden wir Ihnen die Ärzteblätter etc. zusenden. Unterlagen zum Kammerbeitrag und zur Ärztekammerwahl gehen grundsätzlich an Ihre Privatanschrift.

Privatanschrift Dienstanschrift andere Anschrift:

Name _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Informationen der Ärztekammer²

Die Ärztekammerpublikation KONTEXT möchte ich per Mail an folgende E-Mail Adresse erhalten.
Weitere Informationen der Ärztekammer werden ebenfalls über diese Adresse versandt.

E-Mail: _____

Unterschrift (für Zusendung erforderlich)

Erklärung zur Berufshaftpflicht-Versicherung (gem. §5 Abs. 2 Nr. 12 Heilberufsgesetz)

Hiermit erkläre ich,

dass ich eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen habe, die einen für meine ärztliche Tätigkeit ausreichenden Deckungsschutz aufweist.

ODER

dass für meine ärztliche Tätigkeit ausreichender Versicherungsschutz aus anderweitigen vertraglichen Verhältnissen (z.B. Arbeitsverhältnis) besteht.

Unterschrift (für Anmeldung erforderlich)

Erklärung zu Straf- und Berufsgerichtlichen Verfahren

Hiermit erkläre ich, dass ich keine Straf- und Berufsrechtlichen Ermittlungsverfahren, Straf- oder Berufsgerichtliche Verfahren oder Vorstrafen gegen mich bestehen und mir die Ausübung des Berufs weder vorübergehend noch endgültig untersagt wurde.

Unterschrift (für Anmeldung erforderlich)

Mir ist bekannt, dass ich alle Änderungen der in diesem Meldebogen gemachten Angaben jeweils innerhalb eines Monats der Ärztekammer Bremen melden muss.

Ich versichere, alle Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben.
Urkunden (Originale oder beglaubigte Kopien), die bei einer Ärztekammer in Deutschland noch **nicht** vorlagen, füge ich bei.

Ort

Datum

Unterschrift (für Anmeldung erforderlich)