



### Meldebogen

Zutreffendes bitte in **Druckschrift** ausfüllen  
mit \* gekennzeichnete Angaben sind freiwillig

MNR	BAN

#### 1. Persönliche Daten laut Personalausweis (PA) oder Aufenthaltsgenehmigung (AG)

Familienname: .....

Geburtsname .....

Vornamen (Rufnamen unterstreichen): .....

Geschlecht:  weiblich  männlich

Geburtsdatum: ..... Geburtsort/Staat: .....

Staatsangehörigkeit:  deutsch  sonstige: welche: .....

#### 2. Privatadresse Hauptwohnsitz laut PA oder AG

diese als Postadresse

Tel.-Nr.\*: .....

Straße: ..... Fax-Nr\*.: .....

PLZ, Ort: ..... E-Mail\*: .....

#### 3. Privatadresse Zweitwohnsitz (falls vorhanden)

diese als Postadresse

Tel.-Nr.\*: .....

Straße: ..... Fax-Nr\*.: .....

PLZ, Ort: ..... E-Mail\*: .....

#### 4. Praxis- /Dienstanschrift (Krankenhaus/Name Arbeitsstätte)

diese als Postadresse

Einrichtung: .....

Abteilung: ..... Tel.-Nr.: .....

Straße: ..... Fax-Nr\*.: .....

PLZ, Ort: ..... E-Mail\*: .....

#### 5. Freiwillige Angaben

Familienstand\*:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden

Ist Ihr Ehegatte Arzt\*:  ja  nein

Fremdsprachenkenntnisse, ausreichend zur Behandlung von Patienten\*:

englisch  französisch  italienisch  spanisch  sonstige .....

#### 6. Akademische Grade (Titel)

beglaubigte Kopie beigelegt

##### 6.1 deutsche Titel

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

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

##### 6.2 ausländische Titel:

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

Titelführung in Deutschland genehmigt:  ja  nein durch: .....

## 7. Staatsexamen

Staatsexamen abgelegt am: ..... Universität/Hochschule: .....

## 8. Approbation/Berufserlaubnis

beglaubigte Kopie beigelegt

Approbation mit Geltung vom: ..... durch: .....

Zahnärztl. Approbation mit Geltung vom: ..... durch: .....

Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs gemäß § 10 Bundesärzteordnung:

Erteilt seit: ..... befristet bis: ..... durch: .....

## 9. Angaben zur Weiterbildung / Fortbildung

### 9.1 Anerkennung als Facharzt

beglaubigte Kopie beigelegt

für: ..... am: ..... durch: .....

für: ..... am: ..... durch: .....

### 9.2 Anerkennung für Schwerpunkt/Teilgebietsbezeichnung/Subspezialisierung

beglaubigte Kopie beigelegt

für: ..... am: ..... durch: .....

für: ..... am: ..... durch: .....

### 9.3 Anerkennung für Zusatzbezeichnung

beglaubigte Kopie beigelegt

für: ..... am: ..... durch: .....

für: ..... am: ..... durch: .....

für: ..... am: ..... durch: .....

### 9.4 Sonstige Anerkennungen

beglaubigte Kopien beigelegt

(z.B. Fachkunden nach WBO, RöV, StrSchVO sowie Fakultative Weiterbildungen und sonstige Qualifikationen)

für: ..... am: ..... durch: .....

für: ..... am: ..... durch: .....

für: ..... am: ..... durch: .....

für: ..... am: ..... durch: .....

für: ..... am: ..... durch: .....

für: ..... am: ..... durch: .....

für: ..... am: ..... durch: .....

für: ..... am: ..... durch: .....

### 9.5 Letztes Fortbildungszertifikat

Kopie beigelegt

erteilt am: ..... gültig bis: ..... durch: .....

### 9.6 Befinden Sie sich aktuell in Weiterbildung?

Ja

Nein

angestrebte Weiterbildungsanerkennung: .....

begonnen am: ..... vorr. Abschluss am: .....

## 10. Zugang in den Kammerbereich der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

### 10.1 Mitgliedschaft in der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Erstmeldung bei einer deutschen Ärztekammer

Zugang von einer anderen Ärztekammer/Bezirksärztekammer: .....

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

In Sachsen-Anhalt seit: .....

### 10.2 Gleichzeitige Mitgliedschaft in anderen Ärztekammern

Mitglied bei der Ärztekammer: .....

Überwiegend in Sachsen-Anhalt tätig:  ja  nein

## 11. Angaben zur Berufsausübung

In Sachsen-Anhalt tätig seit: .....

Im Gebiet / Facharzt / Schwerpunkt: .....

### 11.1 Ambulante Tätigkeit – in eigener Niederlassung

Einzelpraxis

in Kooperation als:  Gemeinschaftspraxis  Praxisgemeinschaft  GmbH  Partnerschaft

Kooperationspartner: .....

Weitere Praxisstätte: .....  
Straße PLZ, Ort Telefon

### 11.2 Sonstige ambulante Tätigkeit

Angestellter Arzt in Praxis  Medizinisches Versorgungszentrum  Sonstige Einrichtungen

### 11.3 Im Krankenhaus, in der Klinik

Hauptamt. ärztlicher Direktor  Chefarzt / Klinikdirektor  Oberarzt

Facharzt/Assistenzarzt  Sonstiges: .....

### 11.4 Bei Behörden, öffentlich rechtlichen Körperschaften, im Wehrdienst

Beamter  Angestellter  Amtsarzt  Sanitätsoffizier  Sonstiges: .....

### 11.5 Sonstige ärztliche Tätigkeit

in der Pharmaindustrie  in der Betriebsmedizin  Praxisvertreter

Sonstiges: .....

### 11.6 Ohne ärztliche Tätigkeit

Pension/Ruhestand  Vorruhestand  Altersteilzeit  berufsunfähig

Elternzeit  arbeitslos  Sonstiges: .....

### 11.7 Ärztliche Nebentätigkeit (Mehrfachnennungen möglich)

eigene Praxis  Betriebsarzt  Belegarzt  Gutachter  Lehrtätigkeit

Sonstiges (z.B. Praxisvertreter): .....

## 12. Kassenzulassung

Zulassung  Ermächtigung  Eingeschränkte Zulassung (Job-sharing)  Ruhen der Zulassung

Abrechnungsnummer bei der KVSA: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_

### Information zum Datenaustausch mit der KV Sachsen-Anhalt für gemeinsame Mitglieder

Auf Grundlage einer Vereinbarung zwischen der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und der KV Sachsen-Anhalt werden Daten für gemeinsame Mitglieder ausgetauscht. Die Vereinbarung wurde unter Achtung der für die jeweiligen Aufgaben maßgeblichen gesetzlichen Grundlagen und der Datenschutzgesetze geschlossen. Der Umfang richtet sich nach den jeweiligen gesetzlichen Aufgaben.

In der Vereinbarung haben die Vertragspartner die Achtung des informellen Selbstbestimmungsrechts ihrer Mitglieder anerkannt. Daher kann jedes Mitglied schriftlich gegen den Datenaustausch votieren.

## 13. Ergänzende Angaben

(z.B. Verzicht auf Ausübung des ärztlichen Berufes oder Berufsverbot in der Vergangenheit)

.....

.....

Zusendung Deutsches Ärzteblatt:  ja  nein

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben bestätige ich hiermit und werde der Ärztekammer Sachsen-Anhalt alle eintretenden Veränderungen unverzüglich mitteilen.

Mit der Verwendung der freiwillig abgegebenen Daten (durch Sternchen markiert) für die Belange der Ärztekammer erkläre ich mich gemäß § 4 Abs. 1 des Gesetzes zum Schutz personenbezogener Daten der Bürger (DSG-LSA) einverstanden. Mir ist bekannt, dass mir aus dem Nichtausfüllen der freiwilligen Angaben keine Nachteile entstehen und dass die Einwilligung jeder Zeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## 14. Erklärungen

### 14.1 Fortbildungspunktekonto

Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt bietet ihren Mitgliedern die elektronische Erfassung der Fortbildungspunkte auf einem persönlichen Konto an. Es dient ihnen zur Unterstützung bei der Registrierung ihrer Fortbildungsaktivitäten.

Ich bin mit der Führung eines Fortbildungspunktekontos einverstanden:  ja  nein

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

### 14.2 Adressweitergabe für Fortbildungsveranstaltungen

Die Ärztekammer erreichen Anfragen von Krankenhäusern, Berufsverbänden und anderen Veranstaltern mit der Bitte, Adressen von Ärzten für Fortbildungsveranstaltungen zur Verfügung zu stellen. Die Adressen werden nur übermittelt, wenn die Ärztekammer den beabsichtigten Zweck der Adressenübermittlung geprüft und für unbedenklich befunden hat und der Arzt seine Zustimmung für die Übermittlung der Daten erteilt hat.

Ich bin mit der Adressweitergabe für Fortbildungsveranstaltungen einverstanden:  ja  nein

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

### 14.3 Gruppenversicherung

Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt hat Gruppenversicherungsverträge mit besonders günstigen Bedingungen für ihre Kammerangehörigen abgeschlossen. Damit die Versicherungen ein unverbindliches Angebot unterbreiten oder Informationsmaterial übermitteln können, würden wir – soweit Sie Ihre Zustimmung erklären – folgende Daten an die jeweiligen Vertragspartner weitergeben:

Name, Vorname, akademischer Grad, Adresse, Geburtsdatum

Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an folgende Vertragspartner einverstanden:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - Deutsche Ärzteversicherung für Berufshaftpflicht und Lebensversicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Allianz PKV für private Krankenversicherung                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - INTER-Versicherung für Unfallversicherung                               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Bearbeitungsvermerk Ärztekammer Sachsen-Anhalt

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

# Fragebogen zur Berufshaftpflicht

Bitte ausfüllen und per Post oder  
Ärztchammer Sachsen Anhalt  
PSF 1561  
39005 Magdeburg

per Fax senden an:  
03 91/60 54-70 00

Mit der Novellierung des Gesetzes über die Kammern für Heilberufe des Landes Sachsen-Anhalt (KGHB-LSA) am 13.12.2007 ist die Verpflichtung des Arztes, eine Haftpflichtversicherung während seiner ärztlichen Tätigkeit vorzuhalten, nun auch landesgesetzlich festgeschrieben. Auf Verlangen der Kammer ist dies nachzuweisen. Wir bitten Sie daher, den nachfolgenden Fragebogen gewissenhaft auszufüllen und der Kammer zurückzusenden. Nähere Informationen können Sie der Veröffentlichung zu dieser Thematik im Ärzteblatt 2/2008 entnehmen. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die Rechtsabteilung Tel.: (03 91) 60 54 – 74 00.

Name: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

➤ **Eine eigene** Haftpflichtversicherung **besteht** für die ärztliche Tätigkeit in:

	Name der Haftpflichtversicherung	Versicherungsnummer
<input type="radio"/> Niederlassung	_____	_____
<input type="radio"/> Anstellung	_____	_____
<input type="radio"/> Ärztliche Nebentätigkeit	_____	_____

➤ Es **besteht keine eigene** Haftpflichtversicherung, weil:

eine Betriebshaftpflichtversicherung des Arbeitgebers vorliegt

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Bescheinigung des Arbeitgebers in Kopie:       ist beigelegt       wird nachgereicht

eine der Betriebshaftpflichtversicherung gleichwertige Sicherheit vorliegt

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Bescheinigung des Arbeitgebers in Kopie:       ist beigelegt       wird nachgereicht

andere Gründe:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich versichere, dass meine Angaben den Tatsachen entsprechen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes