



Ärztekammer Sachsen-Anhalt  
Meldestelle  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg

Ich habe ein  
aktuelles Passfoto

- per E-Mail  
gesendet.
- dem Umschlag  
beigefügt.

**Wichtig!**  
**Wir benötigen:**

- ein aktuelles Passfoto  
(bitte nicht aufkleben oder mit  
einer Büroklammer befestigen)
- max. Größe: 4 x 5,5 cm
- Auflösung: 300dpi
- digitaler Versand an:  
**meldestelle@aeksa.de**

Bitte Barcode-Etikett mit der EFN (wie beim Besuch von  
Fortbildungsveranstaltungen) einkleben.

## Antrag auf Ausstellung eines Arztausweises im Scheckkartenformat

### Angaben zur Person

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_  
(lt. dt. Personalausweis\*)

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

### Privatanschrift

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Ich beantrage den Arztausweis als

- Erstausweis.
- Folgeausweis für den bisherigen Arztausweis, ausgestellt von der  
Ärztekammer \_\_\_\_\_ ggf. Ausweisnummer \_\_\_\_\_.

### Grund:

- Ablauf der Gültigkeit. Bisheriger Ausweis liegt bei bzw. wird nachgesendet.
- Verlust/Diebstahl am \_\_\_\_\_.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Speicherung und Verarbeitung meiner persönlichen  
Daten durch die Ärztekammer Sachsen-Anhalt einverstanden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

\* Der Vorstand hat in seiner 24. Sitzung am 10.07.2013 beschlossen, dass auf dem Arztausweis der Titel entsprechend  
Passgesetz bzw. Personalausweisgesetz ausgewiesen wird.