ÄRZTEKAMMER SACHSEN-ANHALT
Körperschaft des öffentlichen Rechts

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. Dienst- /Praxisanschrift (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 beigefügt

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: .....

Angaben gemäß §§ 2,3 des Gesetzes über die Kammern für Heilberufe des Landes Sachsen-Anhalt (KGHB-LSA) vom 13.07.1994, zuletzt geändert am 24.06.2014 in Verbindung mit § 2 der Meldeordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

7. Staatsexamen

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

8. Approbation/Berufserlaubnis

☐ beglaubigte Kopie beigefügt

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 beigefügt

für: ..... am: ..... durch: .....

für: ..... am: ..... durch: .....

9.2 Anerkennung für Schwerpunkt/Teilgebietsbezeichnung/Subspezialisierung ☐ beglaubigte Kopie beigefügt

für: ..... am: ..... durch: .....

für: ..... am: ..... durch: .....

9.3 Anerkennung für Zusatzbezeichnung ☐ beglaubigte Kopie beigefügt

für: ..... am: ..... durch: .....

für: ..... am: ..... durch: .....

für: ..... am: ..... durch: .....

9.4 Sonstige Anerkennungen ☐ beglaubigte Kopien beigefügt

(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 beigefügt

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: .....

Ihr Arztausweis ist ein: ☐ Papierausweis ☐ Plastikkarte ☐ elektronischer Arztausweis

Ist gültig bis .... 20 ..... und hat die Nummer: .....

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: .....

Umfang der Tätigkeit: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit - Stunden pro Woche: .....

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 ☐ ja ☐ nein
- Allianz PKV-AG München für private Kranken- und Pflegeversicherung ☐ ja ☐ nein
  (Bearbeitung durch regional zuständigen Allianz Versicherungsvermittler
  Widerspruch gegen Verwendung der Daten jederzeit an: werbewiderspruch@allianz.de)

....
Ort, Datum Unterschrift

Bearbeitungsvermerk Ärztekammer Sachsen-Anhalt

....
Datum Unterschrift

Version 2018-1

Fragebogen zur Berufshaftpflicht

Bitte ausfüllen und per Post oder
Ärztekammer 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
○ Niederlassung	_____	_____
○ Anstellung	_____	_____
○ Ärztliche Nebentätigkeit	_____	_____

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

○ eine Betriebshaftpflichtversicherung des Arbeitgebers vorliegt

Arbeitgeber: _____

Bescheinigung des Arbeitgebers in Kopie: ○ ist beigefügt ○ wird nachgereicht

○ eine der Betriebshaftpflichtversicherung gleichwertige Sicherheit vorliegt

Arbeitgeber: _____

Bescheinigung des Arbeitgebers in Kopie: ○ ist beigefügt ○ wird nachgereicht

○ andere Gründe:

_____

_____

_____

Ich versichere, dass meine Angaben den Tatsachen entsprechen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Arztes