

Meldebogen



ÄRZTEKAMMER
HAMBURG
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Ärztekammer Hamburg
Weidestraße 122b
22083 Hamburg

Bitte leserlich schreiben. Danke!

Erstmeldung

Zugang von Bezirks-/Ärztekammer:

Letzter Arbeitgeber:

bis:

Letzte Privatadresse:

bis:

Es besteht eine weitere Mitgliedschaft bei der Ärztekammer:

1. Persönliche Angaben

Familienname:

Geburtsname:

Vornamen (Rufname unterstreichen):

Geburtsdatum:

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsort:

Geburtsland:

Staatsangehörigkeit:

Promotion/sonst. akademische Grade:

Sprachkenntnisse:

2. Berufsausbildung

Staatsexamen/ärztliche Prüfung am:

Ort:

Approbation vom:

Ort:

zahnärztl. Approbation vom:

Ort:

Mitglied der Zahnärztekammer: ja nein

Berufserlaubnis nach § 10 BÄO erteilt vom Landesprüfungsamt Hamburg ausgestellt am:

Gültig vom:

bis:

3. Privatadresse (Hauptwohnsitz)

ab/seit (TT.MM.JJJJ):

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon:

Fax:

Handynummer:

E-Mail:

4. Praxis- / Dienstadresse der Haupttätigkeit*

(bei mehreren Dienstadressen Anlage 1 zum Meldebogen verwenden)

ab/seit (TT.MM.JJJJ):

Bezeichnung der Dienststelle:

Abteilungsbezeichnung:

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon:

Fax:

Handynummer:

E-Mail:

Homepage:

Sprechzeiten:

Gewünschte Postadresse: Privatadresse Dienstadresse oder weitere:* Die hier angegebenen Daten zur Niederlassung werden in der Arztsuche auf der Internetseite www.aerztekammer-hamburg.de veröffentlicht.

d. Ohne ärztliche Tätigkeit Ruhestand Ohne jegliche ärztliche Tätigkeit Altersteilzeit (Freistellungsphase) von _____ bis _____ Elternzeit bis: _____ Dienstverhältnis Ja Nein Berufsfremd (bitte Nachweis einreichen) Berufsunfähig bis: _____ (bitte Nachweis einreichen) Arbeitssuchend Sonstiges: _____**6. Weiterbildungsbezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung**

Anerkennung als Facharzt/-ärztin:

seit: _____ ausgestellt von: _____

seit: _____ ausgestellt von: _____

seit: _____ ausgestellt von: _____

Teilgebiet/e / Schwerpunkt/e:

seit: _____ ausgestellt von: _____

seit: _____ ausgestellt von: _____

seit: _____ ausgestellt von: _____

Zusatzbezeichnung/en:

seit: _____ ausgestellt von: _____

seit: _____ ausgestellt von: _____

seit: _____ ausgestellt von: _____

Fakultative Weiterbildung/en:

seit: _____ ausgestellt von: _____

Fachkunde/n nach der WBO:

seit: _____ ausgestellt von: _____

seit: _____ ausgestellt von: _____

seit: _____ ausgestellt von: _____

Information zu Gruppenversicherungsverträgen

Die Ärztekammer Hamburg hat arzt spezifische Gruppenversicherungsverträge mit der Allianz (Krankenversicherung) und Deutschen Ärzteversicherung (Berufshaftpflichtversicherung) für ihre Kammerangehörigen abgeschlossen. Für Rückfragen wenden sie sich gern an das Team des Ärzteverzeichnisses.

Einwilligungserklärungen

Ich bin mit einer Weitergabe meiner Daten einverstanden:

- Ich bin mit der Korrespondenz per einfacher E-Mail an die von mir genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Diese Erklärung gilt ausdrücklich nicht für Schreiben mit Rechtsbehelfsbelehrung, berufsrechtliche Angelegenheiten sowie Beitragsangelegenheiten, soweit Angaben über die Höhe meines Einkommens enthalten sind.

Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind, – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte –, sind mir bewusst. Die Ärztekammer Hamburg übernimmt keine Haftung für die Sicherheit der übermittelten Daten und haftet nicht für gegebenenfalls entstehende Schäden.

- Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an den Deutschen Ärzteverlag einverstanden.
(Eine Versendung des Deutschen Ärzteblattes erfolgt nur nach dieser Zustimmung.)

- Ich bin damit einverstanden, den Newsletter der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg per E-Mail zu erhalten.

Zusendung bitte an folgende E-Mail-Anschrift:

Eine Veröffentlichung/Weiterleitung Ihrer personenbezogenen Daten, die nicht über öffentliche Verzeichnisse zugänglich sind, erfolgt an Dritte ausschließlich auf der Grundlage des Hamburgischen Datenschutzes. Ausnahme: Die Ärztekammer wird zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben Ihre Privatadresse zweckgebunden an die bei Kammerwahlen antretenden Listen weitergeben, wenn Sie dieser Weitergabe nicht widersprechen

- Ich widerspreche der Weitergabe meiner Privatadresse zum Zweck der Kammerwahl.

Ich habe die datenschutzrechtlichen Hinweise zur Kenntnis genommen:

Datum

Unterschrift

→ **Wichtiger Hinweis: Nach § 27 Abs. 4 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe und § 21 der Berufsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte sind Sie verpflichtet, eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen.**

→ **Mir ist bekannt, dass ich alle Änderungen der oben stehenden Angaben der Ärztekammer Hamburg unverzüglich zu melden habe. Ich versichere, die Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben.**

Ort, Datum

Unterschrift



Erfassung weiterer Dienstanschriften

Die hier angegebenen Daten zur Niederlassung werden in der Arztsuche auf der Internetseite www.aerztekammer-hamburg.de veröffentlicht.

Anlage 1

Name:

Vorname:

ab/seit (TT.MM.JJJJ):

von:

bis:

zeitlicher Umfang:

Stunden pro Woche:

Dienststelle:

Abteilung:

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl/Ort:

Telefon:

Fax:

Handynummer:

E-Mail:

Homepage:

Sprechstunden:

KV-Praxis = Niederlassung als FA/FÄ für:

Privatpraxis = Niederlassung als FA/FÄ für:

Praxis/Hauptbetriebsstätte Praxisfiliale/Nebenbetriebsstätte

Praxisvertretung Angestellt in Praxis Angestellt im Krankenhaus

Angestellt in Behörde Gutachter/in Arbeitsmed. Tätigkeit Honorarzt/-ärztin

Sonstiges:

Ort, Datum

Unterschrift