

Meldebogen



ÄRZTEKAMMER
HAMBURG

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Ärztekammer Hamburg
Ärzteverzeichnis
Weidestraße 122b
22083 Hamburg

Bitte leserlich schreiben. Danke!

Erstmeldung

Zugang von Bezirks-/Ärztekammer:

Letzter Arbeitgeber mit Dienstanschrift:

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*:

* Diese Angabe ist freiwillig.

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 in Hamburg**

(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:

* Diese Angabe ist freiwillig.

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

5. Ärztliche Tätigkeit (Haupttätigkeit) in Hamburg

Vollzeitätigkeit Teilzeittätigkeit Stunden pro Woche:

Seit/ab (TT.MM.JJJJ):

Die Tätigkeit ist befristet bis:

Bei mehreren ärztlichen Tätigkeiten bitte Anlage 1 zur Erfassung aller Dienstanschriften verwenden

a. Niederlassung**

Niedergelassen als:

Vertragsärztliche Zulassung Ja Nein eingeschränkte Zulassung (Job-Sharing)

Hausärztliche Versorgung Fachärztliche Versorgung

Privatpraxis Ja Nein

Einzelpraxis:

Berufsausübungsgemeinschaft mit:

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit:

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

Praxisgemeinschaft mit:

Belegarzt/-ärztin (im Krankenhaus):

b. Angestellte Tätigkeit

Stationär/Krankenhaus

Leitende/r Arzt/Ärztin, Chefarzt/-ärztin Ärztliche/r Direktor/in Oberarzt/-ärztin

Arzt/Ärztin Arzt/Ärztin, Arzt/Ärztin in Weiterbildung, Wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in

Gastarzt/-ärztin Medizin-Controller/in

Bei niedergelassener/m Arzt/Ärztin: Arzt/Ärztin Gastarzt/-ärztin

Im MVZ: niedergelassen angestellt

Bei Behörden/Körperschaften des öffentlichen Rechts: Beamtin/er Angestellte/r Sanitätsoffizier/in

c. Sonstige ärztliche Tätigkeit

Praxisvertreter/in Medizinjournalist/in Lehrer/in, Dozent/in Pharmazie Notarzt/-ärztin

Arbeitsmediziner/in, Werksarzt/-ärztin, Betriebsarzt/-ärztin Gutachter/in Honorararzt/-ärztin Sonstiges

** 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:

Erfassung weiterer Dienstanschriften**

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:

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

Einwilligungserklärungen

Die Ärztekammer bietet Ihnen nachstehend eine Reihe von Serviceleistungen an, in deren Rahmen Daten verarbeitet werden. Hierfür benötigen wir jeweils Ihre Einwilligung. Die Abgabe dieser Erklärungen ist für Sie freiwillig. Deren Nichtabgabe hat keinerlei negative Konsequenzen. Ihre diesbezüglichen Rechte entnehmen Sie bitte den nachfolgenden Datenschutzhinweisen.

- Ich willige in die Weitergabe meines Namens und der von mir als Postadresse bestimmten Anschrift an den Deutschen Ärzteverlag, Dieselstraße 2, 50859 Köln, zum Zwecke des Versandes des Deutschen Ärzteblattes ein.
- Ich willige in die Weitergabe meines Namens und der von mir als Postadresse bestimmten Anschrift an den Hamburger Ärzteverlag GmbH, Weidestraße 122b, 22083 Hamburg, zum Zwecke des Versandes des Hamburger Ärzteblattes ein.
- Ich bin damit einverstanden, dass mir der Newsletter der Fortbildungsakademie der Ärztekammer mit Hinweisen zu Fortbildungsveranstaltungen an die E-Mail-Adresse _____ gesandt wird.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Ärztekammer auch per E-Mail mit mir korrespondiert. Dies dient der Vereinfachung und Beschleunigung des Schriftverkehrs, z.B. im Bereich der Fort- und Weiterbildung oder allgemeiner Anfragen. 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 Korrespondenz soll über die E-Mail-Adresse _____ erfolgen.
- Ich willige in die Weitergabe von Daten (Name und Dienstanschrift) an Wahlkandidaten und Wahlkandidatinnen im Rahmen der Kammerwahl zum Zwecke der Zusendung von Wahlinformationen ein.
- Ich bin damit einverstanden, dass – beginnend mit dem 65. Geburtstag – alle fünf Jahre mein Geburtstag unter Nennung meines Namens, meiner Facharztbezeichnung sowie Tag und Monat meines Geburtstages im Hamburger Ärzteblatt veröffentlicht wird.
- Ich willige in die Veröffentlichung meines Namens, meiner Facharztbezeichnung und meines Geburts- und Sterbedatums in der Rubrik „In Memoriam“ im Hamburger Ärzteblatt ein.

Datum

Unterschrift

Weitere Hinweise und Informationen

Berufshaftpflichtversicherung

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.

Information zu Gruppenversicherungsverträgen

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

Datenschutzhinweise

Verantwortlicher

Für die Datenerhebung und Verarbeitung ist die Ärztekammer Hamburg verantwortlich.

Freiwillige Angaben

Wir erheben grundsätzlich nur die Daten, die im Rahmen der Mitgliedschaft bei der Ärztekammer Hamburg für dessen ordnungsgemäße Durchführung und Verwaltung erforderlich sind.

Die Angabe von z. B. privater Telefonnummer und E-Mail-Adresse, Sprachkenntnissen und anderen als solchen gekennzeichneten Angaben ist freiwillig. Es sind keine negativen Konsequenzen mit der Nichtbereitstellung dieser Daten verbunden. Allerdings kann die Nichtbereitstellung im Einzelfall die Kommunikation erschweren bzw. verzögern.

Datenverarbeitung zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen

Wir verarbeiten Ihre Daten, um der gesetzlichen Pflicht zur Führung eines Meldeverzeichnisses gem. § 3 Absatz 2 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGGH), aber auch um den weiteren, der Ärztekammer nach § 6 HmbKGGH obliegenden gesetzlichen Aufgaben nachkommen zu können. Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. c DSGVO. Die rechtlichen Verpflichtungen ergeben sich aus dem Heilberufekammergesetz, dem auf dieser Grundlage erlassenen Satzungsrecht der Ärztekammer Hamburg und weiteren gesetzlichen Bestimmungen. Die Daten werden 10 Jahre nach Beendigung der Mitgliedschaft gelöscht, es sei denn, dass gesetzliche Bestimmungen andere Lösungsfristen vorsehen.

Datenverarbeitung auf Grundlage einer Einwilligung

Sofern Sie eine gesonderte Einwilligung erteilt haben, erfolgt eine entsprechende Verarbeitung auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO. Ihre Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass dies die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Verarbeitung berührt. Wenn die Einwilligung widerrufen wird, stellen wir die entsprechende Datenverarbeitung ein.

Datenempfänger

Wir übermitteln Ihre Daten nur an Dritte (z. B. an Kreditinstitute im Rahmen des Beitragseinzugs, an andere Behörden, Körperschaften, Gerichte und Staatsanwaltschaften, z. B. im Rahmen von Auskunftersuchen oder Durchsetzung von Forderungen), sofern eine datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnis (z. B. nach den oben genannten Rechtsvorschriften) besteht.

Ihre Daten können von uns zudem an externe Dienstleister (z. B. IT-Dienstleister) weitergegeben werden, welche uns bei der Datenverarbeitung im Rahmen einer Auftragsverarbeitung streng weisungsgebunden unterstützen. Eine Datenverarbeitung außerhalb der EU findet nicht statt.

Wir werden Ihre personenbezogenen Daten weder an Dritte verkaufen noch anderweitig vermarkten.

Kontaktdaten der/des Datenschutzbeauftragten:

Ärztekammer Hamburg
 Datenschutzbeauftragte
 Weidestraße 122b, 22083 Hamburg
 Tel.: 040 / 20 22 99 -0
 Fax: 040 / 20 22 99 - 400
 E-Mail: post@aekhh.de

Rechte der betroffenen Person

Betroffene Personen haben das Recht auf Auskunft seitens der/des Verantwortlichen über die sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung unrichtiger Daten oder auf Löschung, sofern einer der in Art. 17 DSGVO genannten Gründe vorliegt, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Es besteht zudem das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, wenn eine der in Art. 18 DSGVO genannten Voraussetzungen vorliegt und in den Fällen des Art. 20 DSGVO das Recht auf Datenübertragbarkeit. Werden Daten auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. e (Datenverarbeitung zur behördlichen Aufgabenerfüllung bzw. zum Schutz des öffentlichen Interesses) oder lit. f erhoben (Datenverarbeitung zur Wahrung berechtigter Interessen), steht der betroffenen Person das Recht zu, aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Widerspruch einzulegen. Wir verarbeiten die personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, es liegen nachweisbar zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung vor, die die Interessen, Rechte und Freiheiten der betroffenen Person überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Ihre Datenschutzrechte können Sie gegenüber der/dem o. g. Datenschutzbeauftragten der Ärztekammer Hamburg geltend machen.

Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde

Jede betroffene Person hat das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn sie der Ansicht ist, dass die Verarbeitung der sie betreffenden Daten gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen verstößt. Das Beschwerderecht kann insbesondere bei einer Aufsichtsbehörde im Mitgliedstaat des Aufenthaltsorts der betroffenen Person oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes geltend gemacht werden. Die für die Ärztekammer Hamburg zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Ludwig-Erhard-Straße 22

20459 Hamburg

Tel.: 040 / 428 54 – 4040

Fax: 040 / 428 54 – 4000

E-Mail: mailbox@datenschutz.hamburg.de

Sie können sich auch an jede andere Aufsichtsbehörde wenden.