

# Meldebogen

wird von den Mitarbeitern der Sächsischen Landesärztekammer ausgefüllt

BAN:

MNR:

## Mitgliedschaft bei der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK)

Erstmeldung (bei einer deutschen Ärztekammer)

Zugang von der Ärztekammer:

Ende des bisherigen Arbeitsvertrages (genaues Datum):

Ist die Abmeldung bei der bisherigen Ärztekammer bereits erfolgt?    ja    nein

Zugang aus dem Ausland

zuletzt gemeldet in Deutschland bei der Ärztekammer:

Es bestand schon früher eine Mitgliedschaft bei der Sächsischen Landesärztekammer

Es besteht eine weitere Mitgliedschaft in der Ärztekammer:

überwiegend in Sachsen tätig    ja    nein

**Hauptwohnsitz in Sachsen seit:**

**Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit in Sachsen am:**

## Persönliche Angaben

Familienname:

Geburtsname:

Rufname:

Geburtsdatum:

weitere Vornamen:

Geburtsort:

Geburtsland:

Geschlecht:            weiblich            männlich

Staatsangehörigkeit(en):

frühere Staatsangehörigkeit:

## Akademische Grade und Titel

**Dr. med.** verliehen am:

durch die Universität:

weitere deutsche akad. Grade oder Titel:    verliehen am:    durch:

Im Ausland erworbener akademischer Grad oder Titel (**kein Berufsdoktorat – siehe Hinweise zum Ausfüllen**)

**Privatadresse Hauptwohnsitz (Meldeanschrift)**

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

**Privatadresse Nebenwohnsitz**

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_

**Dienstanschrift** (Hier Haupttätigkeit. Bei mehreren Dienstadressen/Nebentätigkeiten bitte Anlage 1 nutzen)

Dienststelle bzw. Name der Einrichtung

Praxis \_\_\_\_\_ Inhaber: \_\_\_\_\_

MVZ \_\_\_\_\_ Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Krankenhaus \_\_\_\_\_ Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Klinik für/Abteilung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

**Post der Ärztekammer und das Ärzteblatt bitte an** (gilt bis auf Widerruf)

meinen Hauptwohnsitz                      meinen Nebenwohnsitz                      meine dienstliche Adresse der Haupttätigkeit

Betreuer    Name: \_\_\_\_\_                      Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_                      Ort: \_\_\_\_\_

**Persönliche E-Mail Adresse** (gilt bis auf Widerruf)

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

Ich bevollmächtige die Sächsische Landesärztekammer, die E-Mail Adresse für die Erfüllung satzungsgemäßer Aufgaben der Kammer zu verwenden, auch zur Verwendung durch die Kreisärztekammern.

**Arztausweis vorhanden**

ja                      Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_                      ausstellende Kammer: \_\_\_\_\_

nein                      wird nicht benötigt                      Ich beantrage ihn über das Portal der SLÄK (Foto hochladen),  
 (<https://portal.slaek.de/> - Registrierung erforderlich! \*)

Antrag liegt dem Meldebogen bei  
**(mit aktuellem Passbild !)**

elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) vorhanden                      ausstellende Kammer: \_\_\_\_\_

\* Ihren Mitgliederzugang zum Portal erhalten Sie über eine Registrierungsanfrage unter <https://portal.slaek.de/>

Über das Portal können Sie datenschutzgerecht Änderungen Ihrer Daten zur Kenntnis geben, sich zum Kammerbeitrag veranlassen, Fortbildungszertifikate und Barcodeetiketten anfordern, Einsicht in Ihr Fortbildungskonto nehmen und Mitteilungen an die Kammer senden.

## Akademische Ausbildung

deutsche Approbation als Arzt

gültig ab:

Berufserlaubnis nach § 10 BÄO

gültig von:

gültig bis:

weitere Approbation als

Datum der Ausstellung:

bitte als amtlich oder notariell beglaubigte Kopie beilegen

## Freiwillige Angaben

Sprachkenntnissen (ausreichend zur Behandlung von Patienten)

englisch

französisch

tschechisch

russisch

sorbisch

arabisch

andere

## Aktuelle ärztliche Tätigkeit (Haupttätigkeit)

### Angestellte Tätigkeit

#### stationär/im Krankenhaus

Leitender Arzt/Chefarzt

Ärztlicher Direktor

Oberarzt

Facharzt

Arzt in Weiterbildung

Gastarzt

Medizin-Controller

#### im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

Facharzt

Arzt in Weiterbildung

Sicherstellungsassistent

#### bei niedergelassenem Arzt

Facharzt

Arzt in Weiterbildung

Sicherstellungsassistent

#### bei Behörden/Körperschaften des öffentl. Rechts, Wehr- u. Zivildienst

Beamter

Arzt in Weiterbildung

Sicherstellungsassistent

#### Diese Tätigkeit wird ausgeübt seit/ ab:

in Vollzeit

in Teilzeit mit

Stunden wöchentlich

Altersteilzeit (aktive Phase) seit:

## Niederlassung

Kassenzulassung

ja

nein

seit:

eingeschränkte Zulassung (job-sharing)

Privatpraxis

ja

nein

Einzelpraxis

hausärztliche Versorgung

fachärztliche Versorgung

LANR der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen:

## Niederlassung

in Kooperation als      Gemeinschaftspraxis      Praxisgemeinschaft      andere Form der Zusammenarbeit

Kooperationspartner:

örtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit:

überörtl. Berufsausübungsgemeinschaft mit:

Vertragsarzt im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ):

**Diese Tätigkeit wird ausgeübt seit/ab:**

in Vollzeit

in Teilzeit mit

Stunden wöchentlich

Altersteilzeit (aktive Phase)      seit:

## sonstige ärztliche Tätigkeit

Praxisvertreter

Gutachter

Medizinjournalist

Notararzt

Pharmazie

Arbeitsmedizin/Werksarzt/Betriebsarzt

Honorararzt

Sonstiges:

**Diese Tätigkeit wird ausgeübt seit/ab:**

in Vollzeit

in Teilzeit mit

Stunden wöchentlich

Altersteilzeit (aktive Phase)      seit:

## ohne ärztliche Tätigkeit

ab/seit:

Ruhestand

ohne ärztliche Tätigkeit

mit den vorgenannt aufgeführten Tätigkeiten (auch in geringem Umfang)

Haushalt

Berufsfremd (bitte Nachweis einreichen)

Arbeitslos

Elternzeit bis:

Berufsunfähig bis:

(bitte Nachweis einreichen)

Altersteilzeit Freistellungsphase von:

bis

Sonstiges:

## Haftpflichtversicherung

**§ 21 Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer:**

„Der Arzt ist verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern.“

## Angaben zur Weiterbildung und Fortbildung

Anerkennung als Facharzt für:                      geführt      Datum                      ausstellende Kammer

ja

ja

Befinden Sie sich aktuell in Weiterbildung?      ja                      nein

angestrebte Weiterbildungsanerkennung:

Anerkennung für Schwerpunkt:                      Datum:                      ausstellende Kammer:

Anerkennung für Zusatzbezeichnung:                      Datum:                      ausstellende Kammer:

Fachkunde:                      Datum:                      ausstellende Kammer:

Letztes Fortbildungszertifikat gültig bis:

## Erklärungen

### Veröffentlichung von persönlichen Daten im Ärzteblatt Sachsen (Print- und Onlineversion)

Die Sächsische Landesärztekammer veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen monatlich eine Liste der Jubilare aus dem Freistaat Sachsen ab dem 65. Lebensjahr. Diese Gratulation ist aus datenschutzrechtlichen Gründen nur möglich, wenn dafür Ihr Einverständnis vorliegt.

Wir benötigen daher Ihre Erklärung, dass die Sächsische Landesärztekammer aus Anlass Ihres 65., 70., 75., 80. und aller weiteren Geburtstage Ihren Namen, den Wohnort, Geburtstag und -monat sowie das Alter abdrucken darf.

Veröffentlichung des Geburtstages                      ja                      nein

Darüber hinaus werden halbjährlich alle verstorbenen Mitglieder im Ärzteblatt Sachsen zur Würdigung namentlich erwähnt. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir auch hierfür Ihr Einverständnis benötigen, um im entsprechenden Fall Ihren Namen, und Ihren Wohnort abdrucken zu dürfen.

Veröffentlichung der Sterbedaten                      ja                      nein

**Mir ist bekannt, dass ich alle Änderungen meiner Angaben der Sächsischen Landesärztekammer innerhalb eines Monats melden muss. Dies gilt insbesondere für die Dienst- und Privatanschrift sowie die ausgeübte Tätigkeit.**

**Ich versichere, den Meldebogen vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben:**

-----  
Ort

-----  
Datum

-----  
Unterschrift



# Anlage 1 zum Meldebogen der Sächsischen Landesärztekammer

## Erfassen mehrerer Dienstadressen (auch bei Nebentätigkeit in Sachsen)

Name

Vorname

Honorararzt	Eigene Zulassung KV	Nebenbetriebsstätte	Privatärztl. Tätigkeit
Praxisvertretung	Angestellt in Praxis	Angestellt im KH	Angestellt in Behörde
Gutachterl. Tätigkeit	Arbeitsmed. Tätigkeit	Ermächtigung KV	Sonstiges
seit:			
von:	bis:	zeitlicher Umfang	Stunden pro Woche
Dienststelle:			
Abteilung:			
Straße:		Hausnr.:	
PLZ:	Ort:		
Telefon:	Mobil:		
E-Mail:			

Honorararzt	Eigene Zulassung KV	Nebenbetriebsstätte	Privatärztl. Tätigkeit
Praxisvertretung	Angestellt in Praxis	Angestellt im KH	Angestellt in Behörde
Gutachterl. Tätigkeit	Arbeitsmed. Tätigkeit	Ermächtigung KV	Sonstiges
seit:			
von:	bis:	zeitlicher Umfang	Stunden pro Woche
Dienststelle:			
Abteilung:			
Straße:		Hausnr.:	
PLZ:	Ort:		
Telefon:	Mobil:		
E-Mail:			

Honorararzt	Eigene Zulassung KV	Nebenbetriebsstätte	Privatärztl. Tätigkeit
Praxisvertretung	Angestellt in Praxis	Angestellt im KH	Angestellt in Behörde
Gutachterl. Tätigkeit	Arbeitsmed. Tätigkeit	Ermächtigung KV	Sonstiges
seit:			
von:	bis:	zeitlicher Umfang	Stunden pro Woche
Dienststelle:			
Abteilung:			
Straße:		Hausnr.:	
PLZ:	Ort:		
Telefon:	Mobil:		
E-Mail:			