

Meldebogen

Die Angabe nachstehender Daten ist gemäß § 3 Abs. 2 des Gesetzes über Berufsausübung, Berufsvertretungen und Berufgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker im Freistaat Sachsen (Sächsisches Heilberufekammergesetz- SächsHKaG) in Verbindung mit den §§ 1 und 2 der Meldeordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Meldeordnung – MeldeO) zwingend erforderlich. Die Angabe der mit *) gekennzeichneten Daten erfolgt freiwillig. **Die mit **) gekennzeichneten Angaben sind durch Urkunden zu belegen. Diese müssen als Urschrift oder als in Deutschland notariell oder amtlich beglaubigte Kopien vorgelegt werden.**

Bitte mit Schreibmaschine oder in Blockschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen. Die eingerahmten Felder lassen Sie bitte frei.

Erste Meldung Zugang von anderer (Landes)Ärztekammer welcher: _____

A Name der Ärztin / des Arztes

Akademischer Grad / Titel**): _____

Vor- / Familienname: _____

(Ohne akad. Grad / Titel – Rufname bitte unterstreichen)

Arzt.-Nr.: _____
BAN: _____

B Praxis- / Dienstanschrift

gültig seit / ab: _____

Dienststelle: _____

Ortsteil*): _____ Tel.-Nr.*): _____

Straße, Haus-Nr.: _____ Fax-Nr.*): _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail*): _____

C Privatanschrift

gültig seit / ab: _____

Ortsteil*): _____ Tel.-Nr.*): _____

Straße, Haus-Nr.: _____ Fax-Nr.*): _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail*): _____

gewünschte Postanschrift: Dienstanschrift Privatanschrift

D Persönliche Angaben

Geschlecht: männlich weiblich Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

Geburtsort: _____ Geburtsstaat: _____

Staatsangehörigkeit: _____ frühere Staatsangehörigkeit: _____

Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit in Sachsen am: _____ Wohnsitz in Sachsen seit: _____

Sprachkenntnisse*): _____

E Angaben zur akademischen Laufbahn

Deutsche ärztliche Approbation**) am: _____ Berufserlaubnis**) gültig ab: _____ gültig bis: _____

AiP-Erlaubnis**) gültig ab: _____ gültig bis: _____

weitere Approbationen, Berufserlaubnisse**): _____ gültig ab: _____ gültig bis: _____

Akademische Grade**):

Dipl.-Med. Datum: _____ Universität: _____

Dr. med. Datum: _____ Universität: _____

Dr. sc. med. Datum: _____ Universität: _____

Dr. med. habil. Datum: _____ Universität: _____

Sonstige deutsche akad. Grade / Titel**): _____ Datum: _____

Universität: _____

Ausländische akad. Grade / Titel**): _____ Datum: _____

Universität: _____

F Angaben zur Weiterbildung / Fortbildung

Facharzt**): _____ Datum: _____

_____ Datum: _____

Schwerpunktbezeichnung**): _____ Datum: _____

_____ Datum: _____

_____ Datum: _____

Zusatzbezeichnung**): _____ Datum: _____

_____ Datum: _____

_____ Datum: _____

_____ Datum: _____

