

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: _____
 E-Mail: _____

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: _____
 E-Mail: _____

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

meinen Hauptwohnsitz

meinen Nebenwohnsitz

meine dienstliche Adresse der Haupttätigkeit

Arztausweis vorhanden

ja _____ Ausstellungsdatum: _____ ausstellende Kammer: _____

nein _____ wird nicht benötigt

Antrag liegt dem Meldebogen bei
(mit aktuellem Passbild!)

Ich beantrage ihn über das Portal der SLÄK (Foto hochladen),
[\(https://portal.slaek.de/](https://portal.slaek.de/) - Registrierung erforderlich! *)

elektronischer Heilberufsausweis (eHBA)

Nr.: _____

ausstellende Kammer: _____

Hersteller: _____

gültig bis: _____

* 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:

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:

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:			