

Meldebogen an die Meldestelle (Kreis-oder Bezirksverband)

	EFN:	
	BAN:	
	MNR:	
	ja ne	ein
□ Erstanmeldung □ Veränderungsmeldung Bereits früher	•	
Zugang von anderem Ärztlichen Kreisverband in Bayern (wenn ja von we		
Zugang von außerbayer. Ärztekammer (wenn ja, von welcher)		
-		
Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen)		
(ggf. Geburtsname)		
.		
Titel / Akademische Grade (für die Anschrift)		
Geburtsdatum Geburtsort	Staat (freiw. Angabe)	
Tätigkeitsanschrift seit	J ,	
ggf. Bezeichnung der Dienststelle / Abteilung (für weitere Tätigkeiten bzw. die Angabe von Spre	echzeiten bitte Seite 4 verwenden)	
Straße		
Postleitzahl Ort		
Telefon Fax		
	age (freiw. Angabe)	
Hauptwohnsitz seit		
Straße		
Straße		
Straße Postleitzahl Ort		
Postleitzahl Ort	Fay	
	Fax	
Postleitzahl Ort e-Mail-Adresse privat (freiw. Angabe) Telefon	Fax	
Postleitzahl Ort e-Mail-Adresse privat (freiw. Angabe) Geschlecht männlich weiblich Staatsangehörigkeit:		
Postleitzahl Ort e-Mail-Adresse privat (freiw. Angabe) Geschlecht männlich weiblich		
Postleitzahl Ort Ge-Mail-Adresse privat (freiw. Angabe) Geschlecht männlich weiblich Staatsangehörigkeit: falls eingebürgert seit: frühere Staatsangeh Akademische Grade		
e-Mail-Adresse privat (freiw. Angabe) Geschlecht männlich weiblich Staatsangehörigkeit: frühere Staatsangeh Akademische Grade Deutsche: Dr. med. seit	örigkeit:von	
e-Mail-Adresse privat (freiw. Angabe) Geschlecht männlich weiblich Staatsangehörigkeit: falls eingebürgert seit: frühere Staatsangeh Akademische Grade Deutsche: Dr. med. seit seit	örigkeit:vonvon	
e-Mail-Adresse privat (freiw. Angabe) Geschlecht männlich weiblich Staatsangehörigkeit: falls eingebürgert seit: frühere Staatsangeh Akademische Grade Deutsche: Dr. med. seit Ausländische: seit	örigkeit: von von von	
e-Mail-Adresse privat (freiw. Angabe) Geschlecht männlich weiblich Staatsangehörigkeit: falls eingebürgert seit: frühere Staatsangeh Akademische Grade Deutsche: Dr. med. seit Ausländische: seit Ärztliche Prüfung/Staatsexamen (freiw. Angabe) wann	örigkeit:von	
e-Mail-Adresse privat (freiw. Angabe) Geschlecht männlich weiblich Staatsangehörigkeit: falls eingebürgert seit: frühere Staatsangeh Akademische Grade Deutsche: Dr. med. seit Ausländische: seit Ärztliche Prüfung/Staatsexamen (freiw. Angabe) wann 0. Approbation	örigkeit:vonvonvonvonvonvon	
e-Mail-Adresse privat (freiw. Angabe) Geschlecht männlich weiblich Staatsangehörigkeit: falls eingebürgert seit: frühere Staatsangeh Akademische Grade Deutsche: Dr. med. seit Ausländische: seit Ärztliche Prüfung/Staatsexamen (freiw. Angabe) wann	örigkeit:vonvonvonvonvonvon	
Postleitzahl Ort e-Mail-Adresse privat (freiw. Angabe) Geschlecht männlich weiblich falls eingebürgert seit: frühere Staatsangeh Akademische Grade Deutsche: Dr. med. seit Ausländische: seit Ärztliche Prüfung/Staatsexamen (freiw. Angabe) wann 0. Approbation seit 1. Erlaubnis gemäß § 10 BÄO Beginn Ende	örigkeit:vonvonvonvonvonvon	
e-Mail-Adresse privat (freiw. Angabe) Geschlecht männlich weiblich Staatsangehörigkeit: falls eingebürgert seit: frühere Staatsangeh Akademische Grade Deutsche: Dr. med. seit Ausländische: seit Ärztliche Prüfung/Staatsexamen (freiw. Angabe) wann 1. Erlaubnis gemäß § 10 BÄO Beginn Ende	iörigkeit:vonvonvonvonvonvonvonvonvonvonvon	
e-Mail-Adresse privat (freiw. Angabe) Geschlecht männlich weiblich Staatsangehörigkeit: falls eingebürgert seit: frühere Staatsangeh Akademische Grade Deutsche: Dr. med. seit Ausländische: seit Ärztliche Prüfung/Staatsexamen (freiw. Angabe) wann Approbation seit 1. Erlaubnis gemäß § 10 BÄO Beginn Ende 2. Derzeitige Haupttätigkeit (ggf.: in T	örigkeit:vonvonvonvonvonvonvonvonvonvonvonvonvon	
Postleitzahl Ort e-Mail-Adresse privat (freiw. Angabe) Telefon Geschlecht	örigkeit:von	
Postleitzahl Ort e-Mail-Adresse privat (freiw. Angabe) Telefon Geschlecht männlich weiblich Staatsangehörigkeit: frühere Staatsangeh Akademische Grade Deutsche: Dr. med. seit seit Ausländische: seit seit seit Ausländische Prüfung/Staatsexamen (freiw. Angabe) wann seit seit Approbation seit se	örigkeit:von	
e-Mail-Adresse privat (freiw. Angabe) Geschlecht männlich weiblich Staatsangehörigkeit: falls eingebürgert seit: frühere Staatsangeh Akademische Grade Deutsche: Dr. med. seit	örigkeit:von	s
Postleitzahl Ort e-Mail-Adresse privat (freiw. Angabe) Telefon Geschlecht	örigkeit:von	s



Meldebogen an den Ärztlichen Bezirksverband Seite 2

	Andere ärztliche T	ätigkeit seit		
	□ Beamter	_	□ Praxisvertreter	☐ Freiw.Wehr-/Bundesfreiwilligendienst
	☐ Angest. im öffentl.		☐ Gutachter	☐ Angestellter Arzt in Praxis / MVZ
	☐ Sonst. Angestellte		☐ Arbeitsmedizin☐ Pharma-Industrie	☐ Medizinjournalist ☐ Ärztl. Tät. ohne Entgelt
	•	· ·		
	Nichtärztliche Tätig	gkeit seit		
	Ruhestand		☐ Haushalt	☐ Mutterschutz / Elternzeit
	□ Zivildienst		☐ Stipendiat (freiw.Angab	-
	☐ Arbeitslos			
13	. weitere Tätigkeite		=	Ende
	☐ Betriebsarzt	☐ Praxis	☐ Musterungsarzt	
	☐ Gutachter	☐ Lehrtätigkeit	☐ Sonstige, welche	
14	.Fremdsprachen (fr	eiw. Angabe)		
	1	2.		3
15	. Sonstige Angaber			
16	Facharztbezeich			
10		•	wann	von
				von
	Schwerpunktbeze		waiiii	
		_	wann	von
				von
	Zusatzbezeichnu		-	
		•	wann	von
	2		wann	von
	3		wann	von
	Fachkunde			
	1		wann	von
	2		wann	von
				von
	Fakultative Weite	_	_	
				von
				von
Melde	eordnung, soweit sie n	nicht als "freiwillig"	' gekennzeichnet sind.	erufe-Kammergesetz (HKaG) i. V. m. der
	leldebogen geht an de esärztekammer (Beruf		verband, den ärztlichen Bezir	ksverband und die Bayerische
				mitgeteilten Daten, ihre gesetzlichen Pflichten
Zude	m kann die Berufsvert	retung zum Zweck		instaltungen. ng anlässlich von Wahlen zu Organen der /ahlvorschlages herausgeben.
	• •	•		atinvorschlages herausgeben. atenschutzinformationen siehe
	<u>blaek.de</u> , Impressum/	•		
	Beigefügt sind be	glaubigte Abso	chriften bzw. beglaubig	te Fotokopien:
	☐ Approbationsurkund☐ Erlaubnis gem. § 10		☐ Facharzturkunde(n ☐ Schwerpunktbezei	
	☐ Promotionsurkunde		□ Zusatzbezeichnung	gsurkunde(n)
	☐ Nachweis ausl. akad☐ Ernennungsurkunde		☐ Fachkunden/Fakul☐ Sonst. Nachweise	tative WB
	-	, ,	kann verlangt werden.	
	Siegel			, den

Unterschrift Ärztin/Arzt

Unterschrift des Ärztlichen Kreis- bzw. Bezirksverbandes



Meldebogen an den Ärztlichen Bezirksverband Seite 3

Sie kommen Ihrer Meldepflicht auch dann nach, wenn Sie mit den Datenweitergaben an eine oder beide Versicherungen nicht einverstanden sind!

Die Bayerische Landesärztekammer hat mit der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Königinstr. 28, 80802 München, einen Gruppenversicherungsvertrag zur privaten Krankenversicherung mit besonderen Konditionen für unsere Mitglieder sowie deren Familienangehörige abgeschlossen. Nur mit Ihrer Zustimmung werden dem Vertragspartner folgende Daten zur Beratung über Produkte der privaten Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet:

Name, Vorname(n), Anschrift, Geburtsdatum, Titel, Geschlecht.

Die Datenübermittlung begründet kein Versicherungsverhältnis mit der Allianz Private Krankenversicherungs-AG.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Übermittlung der o.g. Daten an die Allianz Private Krankenversicherungs-AG sowie an den regional zuständigen Allianz Versicherungsvertreter ein, um mich zu allen Angeboten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung umfassend zu beraten. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später zu

Verantwortlicher im Sinne der DSGVO ist die Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Königinstr. 28. 80802 München sowie der jeweils regional zuständige Allianz Versicherungsvertreter. Informationen der dort verarbeiteten personenbezogenen Daten erhalten Sie unter der vorstehenden Adresse oder unter www.allianz.de/datenschutz.

Ort, Datum	Unterschrift Ärztin/Arzt	
versicherungsvertrag zur B	ekammer hat mit der Deutschen Ärzteversicherung einen Gruppen- erufshaftpflichtversicherung – MedProtect abgeschlossen. Nur mit Ihrer ertragspartner folgende Daten weitergeleitet:	
Name, Vorname(n), Gebur	sdatum, Anschrift, Tätigkeit	
	ündet kein Versicherungsverhältnis mit der Deutschen Ärzte : dieser die Möglichkeit, Sie über Angebote zur Berufs-formieren.	
Mit Ihrer Unterschrift erklä Ärzteversicherung einver	en Sie, dass Sie mit der Weitergabe der o.g. Daten an die Deutsche tanden sind.	
Ort, Datum	Unterschrift Ärztin/Arzt	
Sie können die Einwilligung zur D	tenweitergabe verweigern.	

Für den Fall, dass Sie Ihre Einwilligung verweigern, weisen wir darauf hin, dass der Arzt nach § 21 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns verpflichtet ist, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern!

Bei Nichtvorhandensein einer Krankenversicherung kann ein Verstoß gegen § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG vorliegen. Nach dieser Vorschrift ist jede Person mit Wohnsitz im Inland verpflichtet, für sich eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen, die Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst. Gemäß Satz 2 besteht die Pflicht, nach Satz 1 unter anderem nicht für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert oder versicherungspflichtig sind oder Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, im Umfang der jeweiligen Berechtigung.

Die Einwilligung zur Datenweitergabe kann jederzeit widerrufen werden.



Meldebogen an den Ärztlichen Bezirksverband Seite 4

Sprechzeiten der Haupttätigkeit

	Dienstag		Donnerstag	Freitag	-				
Insgesamt v	werden wöchen	lich durchschni	ttlich S	Stunden Sprec	hzeiten	angeb	oter	n	
				•		Ü			
weitere Tätiakoitear	sei	t							
Tätigkeitsar	ISCHIII								
e-Mail-Adresse	dienstlich			Homepage					
1			1	,					
Telefon		Fax							1
Straße				 					
Postleitzahl	Ort								
1 COLICILE CITIE									
	ng der Dienststelle / Ab	iteliurig							
	le Angaben:								
Ergänzend 	sei								
Ergänzend veitere	sei								
Ergänzend veitere Fätigkeitsar	sei nschrift			Homepage					
Ergänzend weitere Fätigkeitsar e-Mail-Adresse	sei nschrift								
e-Mail-Adresse	sei nschrift	t	/						
e-Mail-Adresse	sei nschrift	t							
Ergänzend weitere Fätigkeitsar e-Mail-Adresse / Telefon	sei nschrift	t							
veitere Fätigkeitsar e-Mail-Adresse / Telefon Straße Postleitzahl	seinschrift	Fax							
Weitere Γätigkeitsar e-Mail-Adresse / Telefon Straße Postleitzahl ggf. Bezeichnung	seinschrift dienstlich Ort Ing der Dienststelle / At	Fax		Homepage					
veitere Fätigkeitsar e-Mail-Adresse / Telefon Straße Postleitzahl ggf. Bezeichnung	seinschrift dienstlich	Fax		Homepage					
weitere Tätigkeitsar e-Mail-Adresse / Telefon Straße Postleitzahl ggf. Bezeichnung	seinschrift dienstlich Ort ng der Dienststelle / At	Fax		Homepage					
weitere Tätigkeitsar e-Mail-Adresse / Telefon Straße Postleitzahl ggf. Bezeichnung	seinschrift dienstlich Ort ng der Dienststelle / At	Fax		Homepage					
weitere Tätigkeitsar e-Mail-Adresse / Telefon Straße Postleitzahl ggf. Bezeichnut Ergänzend	seinschrift dienstlich Ort Ing der Dienststelle / Attender in the Angaben:	Fax Steilung		Homepage					
weitere Tätigkeitsar e-Mail-Adresse / Telefon Straße Postleitzahl ggf. Bezeichnut Ergänzend	seinschrift dienstlich Ort ng der Dienststelle / At	Fax Steilung		Homepage					
weitere Tätigkeitsar e-Mail-Adresse / Telefon Straße Postleitzahl ggf. Bezeichnur Ergänzend	seinschrift dienstlich Ort Ing der Dienststelle / Attender in the Angaben:	Fax Steilung		Homepage					
Regänzend weitere Γätigkeitsar e-Mail-Adresse / Telefon Straße Postleitzahl ggf. Bezeichnun Ergänzend	seinschrift dienstlich Ort Ing der Dienststelle / Attender in the Angaben:	Fax Steilung		Homepage					

BLAK 02/2020

Unterschrift Ärztin/Arzt