Änderungsmeldung/Aktualisierung der Meldedaten

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Personenbezogene Daten (Nachweise erforderlich in 1=beglaubigter Kopie, 2=einfacher Kopie)

neuer Name[2] _____ neuer Vorname[2] _____

Titel/akad. Grad[1] _____ Geschlecht[2] ☐männlich ☐weiblich ☐divers

Änderung/Verlängerung der Berufserlaubnis ☐ja[1] _____ Staatsangehörigkeit neu[2] _____

Erhalt der Approbation ☐ja[1] _____ ☐bisherige Staatsangehörigkeit besteht fort

Privatanschrift und weitere Kontaktdaten (Datum erforderlich)

Folgende Angaben betreffen meinen ☐Hauptwohnsitz ☐Nebenwohnsitz

Str./Hausnr. _____ Tel./Mobil _____

PLZ/Ort _____ E-Mail _____

seit _____ ☐diese Anschrift als Postadresse verwenden

Angaben zur neuen Tätigkeit (Datum erforderlich)

Folgende Angaben betreffen meine ☐Haupttätigkeit ☐zusätzliche ärztliche Tätigkeit

Dienststätte _____ seit _____ bis _____

Str./Hausnr. _____ vorherige Tätigkeit bis _____

PLZ/Ort _____ Tel. (dienstlich) _____

Funktion u. Umfang (Std./Wo.) _____ E-Mail (dienstlich) _____

Gründe für die Unterbrechung meiner Tätigkeit/keine Tätigkeit (Datum erforderlich)

☐Ruhestand seit _____

Die Patientenunterlagen verbleiben ☐bei mir ☐beim Praxisnachfolger

Name des Praxisnachfolgers _____

☐Elternzeit inkl. Mutterschutz seit _____ bis _____

Der Arbeitsvertrag besteht während der Elternzeit fort ☐ja

☐Berufsunfähigkeit seit _____ bis _____

☐Arbeitslosigkeit seit _____ bis _____

Sonstige Anmerkungen:

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift