



Ärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern
-Meldewesen-
August-Bebel-Straße 9 a
18055 Rostock

bitte nicht ausfüllen

Arztausweis-Nr.:

Ausstellungsdatum:

gültig bis:

Antrag auf Ausstellung eines einfachen Arztausweises

- kein eHBA-Antrag für die Telematikinfrastruktur -

Name:		Vorname:
Titel:	Geburtsdatum:	Staatsangehörigkeit:
Privatanschrift:		Telefon:
		E-Mail-Adresse:
Dienstanschrift:		Telefon:
		E-Mail-Adresse:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ☐ Ich beantrage erstmalig einen Arztausweis.
- ☐ Mein bisheriger Arztausweis ist abgelaufen.
- ☐ Mein bisheriger Arztausweis wurde mir am _____ gestohlen.*
- ☐ Meinen bisherigen Arztausweis habe ich am _____ verloren.*

*Für eine Zweitschrift des abhandengekommenen Arztausweises, der von der Ärztekammer M-V ausgestellt wurde, wird eine Gebühr in Höhe von 20,-€ erhoben.

Bitte dem Antrag beilegen:

- ein aktuelles Passfoto
- Kopie des Personalausweises oder Reisepasses

*Bitte reichen Sie den Antrag einschließlich benötigter Unterlagen
per E-Mail an meldewesen@aek-mv.de oder postalisch ein.*

Ort, Datum

Unterschrift