



Änderungsmeldung/Aktualisierung der Meldedaten

Name: _____ Geburtsdatum: _____

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

neuer Name² _____ neuer Vorname² _____
Titel/akad. Grad¹ _____ Geschlecht² ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Änderung/Verlängerung der Berufserlaubnis ☐ ja¹ _____ Staatsangehörigkeit neu² _____
Erhalt der Approbation ☐ ja¹ _____ ☐ 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