



Meldebogen

gemäß Meldeordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 03.11.2001

Mitgliedsnummer | bitte nicht ausfüllen

Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
Abteilung Meldewesen
August-Bebel-Str. 9 a
18055 Rostock

Telefon: 0381 49280-82/-83/-85/-86
Telefax: 0381 4928080
E-Mail: meldewesen@aek-mv.de
Web: http://www.aek-mv.de/

- Erste Meldung in einer deutschen Ärztekammer
- Zugang von einer anderen Ärztekammer: am:
- Gleichzeitige Mitgliedschaft in anderen Ärztekammern:

überwiegend in Mecklenburg-Vorpommern tätig: ja nein

1. Persönliche Daten

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Familiename		Vorname (Rufname bitte unterstreichen)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsland	Geburtsname
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsche <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/>			
bei divers: Wie möchten Sie angesprochen werden? <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau			

2. Akademische Grade

- Dr. med. seit:
- andere akademische Grade / Titel welche:
- genehmigte ausländische akademische Grade welche:

3. Berufserlaubnis

- Approbation erteilt am: Bundesland:
- Erlaubnis gemäß § 10 BÄO erteilt am:

4. Privatanschrift

seit:

<input type="text"/>		Telefon	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer		Handy	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort		

- Versand der Ärztekammerpost an diese Adresse: ja nein, an die dienstliche Adresse der Haupttätigkeit (s. weiter)

5. Dienstanschrift (bitte nur Haupttätigkeit; weitere Dienstanschrift in M-V oder anderem Bundesland unter Punkt 7 angeben)

Bezeichnung der Dienststelle, ggf. Abteilung		
	Telefon	
Straße, Hausnummer		Telefax
	E-Mail	
Postleitzahl	Ort	

6. Angaben zur Haupttätigkeit

6.1. Ambulant / Praxis Niedergelassener Arzt Angestellter Arzt ausschl. privatärztlich tätig, keine KV-Zulassung

seit wann:

Praxisform: Einzelpraxis Praxisgemeinschaft mit:

Berufsausübungsgemeinschaft mit:

Medizinisches Versorgungszentrum / Einrichtung nach § 311 SGB V

6.2. Stationär / Krankenhaus / (Reha-)Klinik

seit wann:

Ärztlicher Direktor Arzt / Assistenzarzt / Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Leitender Arzt / Chefarzt (auch kommissarisch) Medizin-Controller

Oberarzt / Funktionsoberarzt Gastarzt / Leiharbeitnehmer / Honorararzt

Sonstige Tätigkeit im Krankenhaus:

6.3. Tätigkeit in Behörden

seit wann:

Beamter Grundwehrdienst

Angestellter Zivildienst

Sanitätsoffizier Sonstige Tätigkeit in Behörden:

6.4. Sonstige ärztliche Tätigkeit

seit wann:

Praxisvertreter Notarzt

Gutachter Angestellter Pharmazie

Medizinjournalist Arbeitsmedizin / Werksarzt / Betriebsarzt

Sonstige ärztliche Tätigkeit:

6.5. Ohne ärztliche Tätigkeit

seit wann:

Ruhestand Arbeitslos

Haushalt Elternzeit

Berufsfremd Berufsunfähig

Sonstiger Grund:

7. Angaben zur weiteren ärztlichen Tätigkeit

welche:

seit wann:

Bezeichnung der Dienststelle

Telefon

Straße, Hausnummer

Telefax

E-Mail

Postleitzahl

Ort

8. Angaben zur Weiterbildung

zzt. in Weiterbildung zu:

seit:

Facharztbezeichnung/-en Schwerpunktbezeichnung/-en Fakultative Weiterbildung/-en Zusatzbezeichnung/-en Fachkunde/-n, sonst. Qualifikationen

<input type="text"/>	seit:	<input type="text"/>	erteilt von ÄK:	<input type="text"/>
----------------------	-------	----------------------	-----------------	----------------------

<input type="text"/>	seit:	<input type="text"/>	erteilt von ÄK:	<input type="text"/>
----------------------	-------	----------------------	-----------------	----------------------

<input type="text"/>	seit:	<input type="text"/>	erteilt von ÄK:	<input type="text"/>
----------------------	-------	----------------------	-----------------	----------------------

<input type="text"/>	seit:	<input type="text"/>	erteilt von ÄK:	<input type="text"/>
----------------------	-------	----------------------	-----------------	----------------------

<input type="text"/>	seit:	<input type="text"/>	erteilt von ÄK:	<input type="text"/>
----------------------	-------	----------------------	-----------------	----------------------

<input type="text"/>	seit:	<input type="text"/>	erteilt von ÄK:	<input type="text"/>
----------------------	-------	----------------------	-----------------	----------------------

<input type="text"/>	seit:	<input type="text"/>	erteilt von ÄK:	<input type="text"/>
----------------------	-------	----------------------	-----------------	----------------------

<input type="text"/>	seit:	<input type="text"/>	erteilt von ÄK:	<input type="text"/>
----------------------	-------	----------------------	-----------------	----------------------

<input type="text"/>	seit:	<input type="text"/>	erteilt von ÄK:	<input type="text"/>
----------------------	-------	----------------------	-----------------	----------------------

9. Angaben zum elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) für die Telematikinfrastruktur

eHBA vorhanden: nein ja, Ausweisnummer:

Hersteller:

ausgestellt durch Ärztekammer:

gültig bis:

10. Berufshaftpflichtversicherung (ausreichend)

vorhanden: nein ja →

versichert durch den Arbeitgeber

eigene Berufshaftpflichtversicherung

11. Sonstige Anmerkungen

Ich versichere, alle Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben. Mir ist bekannt, dass ich sämtliche Änderungen zu den o. g. Daten der Ärztekammer gemäß Meldeordnung innerhalb eines Monats melden und ggf. durch Vorlage entsprechender Urkunden oder amtlich beglaubigter Abschriften nachweisen muss.

Ort

Datum

Unterschrift

Meldeordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

vom 3. November 2001 (Ärztebl. M-V 2002, S. 9)

§ 1

(1) Diese Meldeordnung gilt für jeden Arzt, der in Mecklenburg-Vorpommern seinen Beruf ausübt, oder falls er seinen Beruf nicht ausübt, seinen Wohnsitz hat.

(2) Jeder Arzt hat seine Berufstätigkeit bei der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern unter Angabe seiner Personalien sowie des Ortes und der Art seiner Beschäftigung innerhalb eines Monats (§ 10 Abs. 1 des Heilberufsgesetzes) anzumelden. Für den Fall, daß der Meldepflichtige seinen Beruf nicht ausübt, jedoch im Zuständigkeitsbereich der Kammer seinen Wohnsitz hat, muß ebenfalls eine schriftliche Anmeldung erfolgen.

(3) Eine Anmeldung in der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern hat auch zu erfolgen bei ärztlicher Tätigkeit im Zuständigkeitsbereich mehrerer Ärztekammern.

(4) Jeder Arzt ist verpflichtet, sich bei Wegfall der Voraussetzungen der Mitgliedschaft bei der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern abzumelden.

§ 2

(1) Die Anmeldung erfolgt unter Verwendung des von der Ärztekammer herausgegebenen Meldebogens.

(2) Mit dem Meldebogen sind folgende Urkunden zu den erforderlichen Angaben im Original oder als beglaubigte Abschrift vorzulegen:

- Approbationsurkunde
- AiP-Erlaubnis
- Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes
- Promotionsurkunde
- Genehmigung zum Führen weiterer akademischer Grade und Titel
- Genehmigung zum Führen eines im Ausland erworbenen akademischen Grades
- Urkunden über folgende Anerkennungen:
 - Gebietsbezeichnung
 - Teilgebiet / Schwerpunkt
 - Fakultative Weiterbildung
 - Fachkunde
 - Zusatzbezeichnung

(3) Die Ärztekammer kann die Vorlage der Originalurkunden verlangen.

(4) Bei der Ummeldung von einer anderen Ärztekammer wird auf die Vorlage von Originalurkunden bzw. beglaubigten Abschriften verzichtet, sofern die Urkunden in der Meldeakte bereits enthalten sind.

§ 3

(1) Jeder Arzt hat über folgende Veränderungen die Ärztekammer binnen eines Monats, gegebenenfalls schriftlich unter Vorlage beglaubigter Abschriften zu unterrichten:

- Verleihung eines ärztlichen Titels
- Verleihung oder Erwerb eines akademischen Titels
- die Anerkennung als Gebietsarzt, eines Teilgebietes/Schwerpunktes, einer Fakultativen
- Weiterbildung, einer Fachkunde und einer Zusatzbezeichnung
- die Niederlassung in eigener Praxis
- den Wechsel des Niederlassungsortes oder der Stelle
- der ärztlichen Tätigkeit
- die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit
- die Änderung des Namens
- die Änderung der Anschrift

(2) Anerkennungs- und Verleihungsurkunden sind auf Verlangen der Ärztekammer vorzulegen.

§ 4

Bei Verstößen gegen die Meldepflicht kann der Vorstand ein Zwangsgeld bis zu 2500 Euro festsetzen (§ 10 Abs. 5 HeilberG).

Diese Meldeordnung tritt am Tag nach der Beschlußfassung in Kraft.

Rostock, den 03.11.2001

Dr. med. A. Crusius
Präsident