



Anmeldung

gemäß § 3 Saarländisches Heilberufekammergesetz vom 11.03.98
i.d.F. der Bekanntmachung vom 19.11.07

(bitte **lesbar** ausfüllen)

1. Persönliche Daten			
Name, ggf. Geburtsname		Vornamen (Rufnamen unterstreichen)	Titel
Geburtsdatum	Geburtsort/-Land		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Staatsangehörigkeit			

2. Wohnungsanschrift (ab Tätigkeitsbeginn)		
Straße		
Postleitzahl	Ort	
Telefon	Fax	Email

3. Arbeitsstätte		
Name der Institution/Praxis		
Abteilung		
Straße		
Postleitzahl	Ort	
Telefon	Fax	Email
Beschäftigt ab	Beschäftigt als	
<input type="checkbox"/> Vollzeit		
<input type="checkbox"/> Teilzeit mit <input type="text"/> Stunden/ Woche		

4. Ich war in Deutschland zuletzt gemeldet bei der Ärztekammer	
Name der Ärztekammer	
Dortiger Arbeitgeber	
Ggf. zugezogen aus dem Ausland / bitte Land angeben	
BAN – Bundeseinheitliche Arztnummer (sofern bekannt)	EFN – Einheitliche Fortbildungsnummer (sofern bekannt)

5. Ich bin im Besitz eines <u>elektronischen</u> Arztausweises	
Ausgestellt von der Ärztekammer	Ausgestellt am

Ärztliche Prüfung/Examen

6. Universität des Staatsexamens	
Name der Universität	Datum

7. Approbation	
Ausstellende Behörde	Datum

8. Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs (gem. § 10 BÄO) für Ärzte <u>ohne deutsche Approbation</u>		
Gültig vom	Gültig bis	

9. Universität der Promotion	
Name der Universität	Datum

10. Im Ausland erworbener Doktorgrad	
Ausstellende Behörde	Datum

11. Gebietsbezeichnung/Teilgebietsbezeichnung/Zusatzbezeichnung	
Gebietsbezeichnung/Teilgebietsbezeichnung/Zusatzbezeichnung	
Anerkannt durch	Anerkannt am
Gebietsbezeichnung/Teilgebietsbezeichnung/Zusatzbezeichnung	
Anerkannt durch	Anerkannt am
Gebietsbezeichnung/Teilgebietsbezeichnung/Zusatzbezeichnung	
Anerkannt durch	Anerkannt am

! Die Punkte 6 – 11 müssen durch die Vorlage von **amtlich beglaubigten** Kopien der Urkunden belegt werden.

16. Fremdsprachenkenntnisse – Gebärdensprache (zur Weitergabe an Patienten und Ärzte)

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben. Alle Änderungen wie Wechsel des Arbeitgebers, Elternzeit, Umzug, Namensänderung, Promotion, werde ich der Ärztekammer mitteilen.

Alle Änderungen, die Ihre Tätigkeit betreffen, bitte schriftlich mitteilen.

Mit der Weitergabe der erforderlichen Daten an die Verlage zur Zustellung des Deutschen und Saarländischen Ärzteblattes bin ich

- einverstanden. Die Ärzteblätter sollen zugestellt werden an:
- meine Privatanschrift
 - meine Dienstanschrift
- nicht einverstanden.

Ich erkläre hiermit, dass ich

1. bisher noch bei **keiner Ärztekammer in Deutschland** gemeldet war
2. bereits zum Ärztekammer-Beitrag für das laufende Jahr von der Ärztekammer/Bezirksärztekammer in [] veranlagt worden bin
3. z. Z. eine unentgeltliche Tätigkeit als Gastarzt/Hospitant/Praktikant/Stipendiat/Arzt im Anpassungsjahr ausübe (Bescheinigung liegt bei)
4. z. Z. nur ein Stipendium/eine Anpassungshilfe/Sozialhilfe von € [] erhalte (Bescheinigung liegt bei)
5. eine **weitere Tätigkeit**, außer unter Punkt 7 des Anmeldebogens, ausübe:

Name der Institution/Praxis			
Abteilung			
Straße			
Postleitzahl		Ort	
Telefon		Fax	Email
Beschäftigt ab		Beschäftigt als	
Teilzeit mit [] Stunden/ Woche			

6. die **freiwillige Mitgliedschaft** ab [] beantrage; nur möglich, wenn der 1. Wohnsitz im Saarland liegt, im Saarland keine Tätigkeit ausgeübt wird und keine Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen Ärztekammer besteht.

Sobald ich eine ärztliche Tätigkeit aufnehme, werde ich dies unverzüglich schriftlich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift