



Meldebogen an die Meldestelle (Kreis- oder Bezirksverband)

EFN: _____

BAN: _____

MNR: _____

ja nein

- Erstanmeldung** **Veränderungsmeldung** Bereits früher in Bayern gemeldet?
- Zugang von anderem Ärztlichen Kreisverband in Bayern (wenn ja von welchem)
- Zugang von außerbayer. Ärztekammer (wenn ja, von welcher)

1.

--

Familiennamen

--

Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen)

--

(ggf. Geburtsname)

2.

--

Titel / Akademische Grade (für die Anschrift)

3.

--

Geburtsdatum

Geburtsort

Staat (freiwillig Angabe)

4. **Tätigkeitsanschrift** seit

--

--

ggf. Bezeichnung der Dienststelle / Abteilung (für weitere Tätigkeiten bitte Beiblatt Seite 4 verwenden)

--

Straße

--

Postleitzahl

Ort

--

Telefon

Fax

e-Mail-Adresse dienstlich (freiwillig Angabe)

Homepage (freiwillig Angabe)

5. **Hauptwohnsitz** seit

--

--

Straße

--

Postleitzahl

Ort

e-Mail-Adresse privat (freiwillig Angabe)

Telefon

Fax

6. **Geschlecht** männlich weiblich

7. **Staatsangehörigkeit:**

falls eingebürgert seit: frühere Staatsangehörigkeit:

8. **Akademische Grade**

Deutsche: Dr. med. seit von

..... seit von

Ausländische: seit von

9. **Ärztliche Prüfung/Staatsexamen** (freiwillig Angabe) wann wo

10. **Approbation** seit von

11. Erlaubnis gemäß § 10 BÄO Beginn Ende erteilt von

12. **Derzeitige Haupttätigkeit** (ggf.: in Teilzeit Std./Woche)

Niederlassung seit ggf. mit wem

Einzelpraxis Gem.-Praxis Praxisgem. MVZ überörtl. Gemeinschaftspraxis

Vertragsarzt Belegarzt Beginn Ende

Krankenhaus-/Kliniktätigkeit seit

Leitender Arzt/Chefarzt Ärztlicher Direktor Oberarzt Assistenzarzt

Ärztl. Tätigkeit ohne Entgelt sonst. ärztl. Tätigkeit als

Zur vertragsärztl. Versorgung ermächtigt? Beginn Ende