

Änderungs- und Abmeldung



ÄRZTEKAMMER
HAMBURG

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Ärztekammer Hamburg
Weidestraße 122b
22083 Hamburg

Bitte leserlich schreiben. Danke!

1. Persönliche Angaben

Titel/Name/Vorname:

Geburtsdatum :

2. Privatanschrift

bleibt unverändert neu ab/seit (TT.MM.JJJJ):

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl/Ort:

Telefon/Handynummer:

E-Mail:

3. Bisherige Praxis- / Dienstanschrift

bis (TT.MM.JJJJ):

Dienststelle/Praxis:

Straße / Hausnummer:

Postleitzahl / Ort:

Folgende Änderungen habe ich anzuzeigen

- Abmeldung – bitte 4. ausfüllen Neue Dienststelle/Dienstadresse – bitte 5. ausfüllen
 Praxisaufgabe – bitte 6. ausfüllen Beendigung der ärztlichen Tätigkeit – bitte 7. ausfüllen

4. Abmeldung

Haupttätigkeit im Inland – zukünftige Ärztekammer:

Beginn der Tätigkeit:

Dienststelle:

Funktion (angestellt als / niedergelassen):

4. Fortsetzung Abmeldung

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl/Ort:

- Haupttätigkeit im Ausland unbefristeter Auslandsaufenthalt
 befristeter Auslandsaufenthalt von _____ bis _____
 Freiwillige Mitgliedschaft bei Auslandsaufenthalt gewünscht (bitte gesonderten Antrag ausfüllen)

5. Neue Dienststelle oder Dienstadresse innerhalb Hamburgs*Tätigkeitsbeginn: Vollzeit Teilzeit Stunden pro Woche:

Dienststelle:

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl/Ort:

Funktion (z. B. Assistenzarzt, niedergelassen, etc.):

Fax:

E-Mail:

Telefon/Handynummer:

Homepage:

Sprechzeiten:

- Kassenzulassung Privatpraxis

Praxisform/Name des Praxispartners (z. B. Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft):

6. Praxisaufgabe

- Vertragsärztliche Praxis Privatpraxis

Aufgabe zum: Praxis wird fortgeführt Ja Nein Ich stelle meine ärztliche Tätigkeit ein Ich bin weiterhin ärztlich tätig (bitte zusätzlich 5. ausfüllen)

Praxisnachfolger:

Verbleib der Patientenkartei

- Praxisnachfolger andere Person (Name): _____

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl/Ort:

Telefonnummer:

Die Anschrift darf Patienten mitgeteilt werden: Ja Nein

* Die hier angegebenen Daten zur Niederlassung werden in der Arztsuche auf der Internetseite www.aerztekammer-hamburg.de veröffentlicht.

7. Beendigung der ärztlichen Tätigkeit

Ich stelle meine ärztliche Tätigkeit ein

Ich stelle meine ärztliche Tätigkeit vorübergehend ein

Beendigung der ärztlichen Tätigkeit zum:

Ruhestand ab:

Altersteilzeit Elternzeit von _____ bis _____

Arbeitslos Berufsunfähig Sonstiger Grund

(bitte nur ankreuzen, wenn Sie Ihr ärztliches Wissen nicht benötigen)

Berufsfremd (in welcher Funktion? Beleg erforderlich):

*** Ärzte, die ihre berufliche Tätigkeit in Hamburg eingestellt haben und außerhalb Hamburgs wohnen, werden in der Regel aufgrund ihres Wohnsitzes gesetzliches Mitglied bei der für ihren Wohnsitz zuständigen Ärztekammer. Falls Sie freiwilliges Mitglied der Ärztekammer Hamburg bleiben möchten, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.**

Ort, Datum

Unterschrift