

# 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  PrivatpraxisAufgabe 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](http://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