

## Meldebogen

### (Berufsausübung in Niedersachsen ohne Mitgliedschaft)

Diese Daten erheben wir aufgrund des Kammergesetzes für die Heilberufe und der Meldeordnung. Zutreffendes bitte in Druckschrift ausfüllen bzw. ankreuzen. Die Beantwortung der mit einem \* gekennzeichneten Fragen ist freiwillig. Datumsangaben bitte im Format TT.MM.JJJJ angeben!

Ärztchammer Niedersachsen  
Meldewesen  
Karl-Wiechert-Allee 18-22  
30625 Hannover

- Mitglied bei der Ärztekammer:.....
- Ich erkläre mich einverstanden, dass die aktuell für mich zuständige Ärztekammer, eine Kopie meiner Meldeakte an die Ärztekammer Niedersachsen senden darf.
- Niederlassung im europäischen Ausland (EU/EWR): .....

### 1. Persönliche Daten

Familienname:..... Geburtsname: .....

Vornamen (Rufname(n) bitte unterstreichen):.....

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers      Geburtsdatum:.....

Geburtsort: ..... Geburtsland: .....

Staatsangehörigkeit:.....

### 2. Akademische Grade (Titel)

**Dr. med.** verliehen am: ..... durch:.....

Andere deutsche akademische Grade:

..... verliehen am:..... durch:.....

..... verliehen am:..... durch:.....

Im Ausland erworbener akademischer Grad:

..... verliehen am:..... durch:.....

**Bitte amtlich beglaubigte Kopie der Originalurkunden beifügen.**  
**Bei ausländischen Urkunden ist zusätzlich eine Fächer und Notenübersicht sowie eine Übersetzung von einem an einem deutschen Gericht allgemein beidigten Dolmetscher notwendig!**

### 3. Privatadresse

ab/seit: .....  
Straße/Hausnummer/PLZ/Ort: .....  
Telefonnummer: ..... Handynummer: .....  
Faxnummer: ..... Emailadresse: .....

### \*4. Fremdsprachenkenntnisse:

englisch       französisch       italienisch       spanisch       türkisch   
sonstige: .....

### 5. Approbation / Berufserlaubnis

Approbation vom: ..... erteilt durch: .....  
Befristete Berufserlaubnis nach § 10 BÄO vom: ..... bis: .....  
erteilt durch: .....

Bitte amtlich beglaubigte Kopie der Originalurkunden beifügen.

### 6. Dienstadresse der Tätigkeit in Niedersachsen

ab/seit: ..... bis: ..... Stunden pro Woche: .....  
Dienststelle: .....  
Abteilungsbezeichnung: .....  
Straße/Hausnummer: .....  
Postleitzahl: ..... Ort: .....  
Telefonnummer: ..... Fax: .....  
Handynummer: .....  
E-Mail: .....  
Homepage\*: .....

### 6.1. Art der ärztlichen Tätigkeit

Praxisvertreter     Medizinjournalist     Lehrer/Dozent     Pharmazie  
 Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin/Werkarzt     Gutachter     Honorararzt  
 Medizin-Controlling     Sonstiges: .....

## 7. Anerkennungen gemäß der Weiterbildungsordnung

(davon bitte die **geführten** ankreuzen)

Gebietsbezeichnungen, Schwerpunktbezeichnungen (vormals Teilgebietsbezeichnungen),  
Zusatzbezeichnungen, Fachkunden (in bestimmten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden),  
Zusätzliche Weiterbildungen im Gebiet (Fakultative Weiterbildung):

für:..... am:..... durch: .....

für:..... am:..... durch: .....

für:..... am:..... durch: .....

für:..... am:..... durch: .....

für:..... am:..... durch: .....

## 8. Haftpflichtversicherung für Personen im Rahmen des Dienstleistungsverkehrs im Europäischen Wirtschaftsraum

(§§ 3 Abs.2, 33 Abs. 1 HKG und § 21 Berufsordnung ÄKN)

Ich füge einen Nachweis über eine gültige Berufshaftpflichtversicherung bei  
(Versicherungsschein mit Nennung der Deckungssumme und Name der zu versichernden  
Person)

Ich bin über meinen Arbeitgeber Haftpflicht versichert:

im Krankenhaus

in Niederlassung (ich füge eine Kopie, des Versicherungsscheins meines Arbeitgebers,  
aus welchem hervorgeht, dass ich über diesen haftpflichtversichert bin, bei)

es besteht nach den Grundsätzen der Amtshaftung eine Freistellung

**Hinweis:** Nach § 3 Abs. 2 iVm. § 33 Abs. 1 Niedersächsisches Kammergesetz für die  
Heilberufe (HKG) und § 21 der Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen sind Sie  
verpflichtet, eine hinreichende Haftpflichtversicherung zur Deckung bei der Berufsausübung  
verursachter Schäden zu unterhalten, es sei denn, dass ausreichender Versicherungsschutz  
durch eine Betriebshaftpflichtversicherung (zum Beispiel des Krankenhaus- oder MVZ-  
Trägers) oder nach den Grundsätzen der Amtshaftung (insbesondere für Ärzte im  
öffentlichen Gesundheitsdienst) eine Freistellung von der Haftung besteht.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Alle eintretenden  
**Veränderungen** werde ich der Ärztekammer Niedersachsen unverzüglich mitteilen.

.....  
(Ort und Datum)

.....  
(Unterschrift)