

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

**Wird von der Ärztekammer Nds.
ausgefüllt!**

PNR :

Vorgang Nr.: 202

Ausweis Nr.: 030

Ausgestellt am:

Gültigkeit:

Antrag auf Ausstellung eines Arztausweises

Anrede: **Akad. Grad:**

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Privatanschrift:

.....
Straße **HausNr.**

.....
PLZ **Ort**

Telefon:

E-Mail:

Bitte
hier das
aktuelle
Foto
einkleben

Zur Beantragung bitte unbedingt beifügen:

- ein aktuelles Passbild
- den bisherigen Arztausweis (soweit vorhanden und unabhängig von seinem Zustand)
- Ich sende ein aktuelles Passbild **per E-Mail** an: **meldewesen@aekn.de** zu.

Nur bei Verlust oder Diebstahl des Arztausweises auszufüllen:

- ich versichere, dass ich den Arztausweis ausgestellt von der Ärztekammer _____ verloren habe.
- ich versichere, dass mir der Arztausweis gestohlen wurde. Eine Anzeige wurde bei der Polizeiwache in _____ unter dem Aktenzeichen _____ erstattet.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers



Die Datenschutzerklärung der Ärztekammer Niedersachsen finden Sie online unter www.aekn.de/datenschutz