

Erhebungsbogen

(letzte Durchschrift für Ihre Unterlagen)

Mitglieds-Nr.: _____

(bitte stets angeben)

1.) Persönliche Daten

Name, Vorname _____ männlich weiblich

Geburtsdatum _____._____._____ Geburtsname _____ Staatsangeh. _____

aktuelle Anschrift: _____

Telefon _____ E-Mail _____

ledig verheiratet **seit** _____ eing. Lebenspartnerschaft **seit** _____ gesch. verwitwet

Name, Vorname Ehegatte/eing. Lebenspartner _____ Geburtsdatum _____

Kinder (Name, Vorname, Geburtsdatum) _____

(Bitte eigene Geburtsurkunde, ggf. Heiratsurkunde und die Geburtsurkunden der Kinder in unbeglaubigter Kopie beifügen)

2.) Berufliche Stellung (bitte auch Zweit- und Nebentätigkeiten angeben)

- angestellt ohne Tätigkeit/ beruhsfremd Zivil- Wehrdienstleistender
- niedergelassen arbeitslos mit Leistungsbezug ja/nein Soldat/in auf Zeit/Berufssoldat/in
- freiberuflich tätig Stipendiat/in, Hospitant/in Beamter/Beamtin auf Probe/
Gastarzt/Gastärztin Widerruf/Lebenszeit

Beginn der ärztlichen Tätigkeit in Hamburg _____._____._____

Praxisanschrift oder Anschrift des Arbeitgebers ggf. Abteilung _____

weitere ärztliche Tätigkeiten in Deutschland _____

3.) Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung:

ja (bitte immer Kopie des Bescheides der Deutschen Rentenversicherung beifügen) nein

4.) Vorherige ärztliche Versorgungseinrichtungen:

Versorgungseinrichtung	vom	bis	Beitragsmonate
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

5.) Ausschlussgründe

Ich bin von der Mitgliedschaft **ausgeschlossen**, da ich

- bei Beginn der Mitgliedschaft in der Ärztekammer das 65. Lebensjahr vollendet hatte (§ 7 Abs. 2 a Versorgungsstatut - VSt).
- berufsunfähig bin (§ 7 Abs. 2 b VSt, Bescheid beifügen).
- am 31.12.2004 das 45. Lebensjahr vollendet hatte (§ 7 Abs. 6 VSt).

Hamburg, den _____

(Unterschrift)