



# ERHEBUNGSBOGEN

## 1. PERSÖNLICHE DATEN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet/verpartnert seit \_\_\_\_\_  geschieden seit \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. dienstlich: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. privat: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Approbation gültig seit: \_\_\_\_\_ Berufserlaubnis gem. § 10 (1) BÄO: \_\_\_\_\_  
(nur für ausländische Ärztinnen/Ärzte)

## 2. MITGLIEDSCHAFT ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN

Eine Mitgliedschaft bei der Nordrheinischen Ärzteversorgung kann satzungsgemäß nur begründet werden, wenn auch eine Pflichtmitgliedschaft bei der Ärztekammer Nordrhein besteht. Der dortige Anmeldetermin kann von dem tatsächlichen Mitgliedschaftsbeginn abweichen. In Zweifelsfällen erfragen Sie bitte das genaue Datum bei der Ärztekammer Nordrhein.

In Kenntnis dessen erkläre ich ausdrücklich, dass ich seit dem \_\_\_\_\_ Pflichtmitglied der Ärztekammer Nordrhein bin.

## 3. ART UND BEGINN DER JETZIGEN BERUFSTÄTIGKEIT/AKTUELLER BESCHÄFTIGUNGSSTATUS

Beginn der jetzigen Tätigkeit: \_\_\_\_\_

angestellte/r Ärztin/Arzt  Assistenzarzt/-ärztin  Oberarzt/-ärztin  Chefarzt/-ärztin

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
(Name, Adresse)

niedergelassene/r Ärztin/Arzt  mit Kassenzulassung  ohne Kassenzulassung

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Beamter/Beamtin  auf Zeit  auf Probe  auf Lebenszeit  auf Widerruf

Dienstherr: \_\_\_\_\_  
(Name, Adresse)

freiberufliche oder sonstige Tätigkeit (z. B. Praxisvertreter/in, Gutachter/in, Stipendiat/in etc.)  
genaue Bezeichnung \_\_\_\_\_

zurzeit ohne ärztliche Tätigkeit





#### 4. BEFREIUNG VON DER GESETZLICHEN RENTENVERSICHERUNG

Bei jedem Beschäftigungswechsel muss eine Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten des berufsständischen Versorgungswerkes neu beantragt werden.

Der Antrag auf Befreiung liegt ausgefüllt bei.

#### 5. BISHERIGE ÄRZTLICHE TÄTIGKEITEN IM KAMMERBEREICH NORDRHEIN

vom:	bis:	Art der Tätigkeit	Tätigkeitsort
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

keine

#### 6. ANGABEN ÜBER MITGLIEDSCHAFTEN BEI ANDEREN ÄRZTLICHEN VERSORGUNGSWERKEN

Waren Sie bisher als Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk in Deutschland versichert?

nein

ja

- erstmalig ab dem \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
Beginndatum Name des Versorgungswerkes

- zuletzt bei \_\_\_\_\_  
Name des Versorgungswerkes

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.**

**Gleichzeitig versichere ich, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und zum Zeitpunkt des unter Punkt 2. angegebenen Beginns der Pflichtmitgliedschaft bei der Ärztekammer Nordrhein nicht berufsunfähig im Sinne des § 10 der Satzung der Nordrheinischen Ärzteversorgung bin/war.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. Stempel)

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Hinweis nach § 12 Abs. 2 DSGVO:

Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten ist die Satzung der Nordrheinischen Ärzteversorgung. Die Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet.