

Meine persönlichen Daten

Name
Vorname(n)
Geburtsname Titel
Geb. am in
Staatsangehörigkeit Anzahl Kinder
Geschlecht weiblich männlich divers
Krankenversicherung privat gesetzlich
Familienstand ledig verheiratet
 eingetragene Lebenspartnerschaft
 verwitwet geschieden

Mitgliedsnummer

Meine Kontaktdaten

Anschrift

Rufnummer (Festnetz oder Mobil)

E-Mail

Meine beruflichen Angaben

Datum der Approbation* Berufserlaubnis (§10 BÄO)* _____

In Schleswig-Holstein bin ich ärztlich tätig als

angestellte/r Ärztin/Arzt

Beamtin/Beamter / Soldatin/Soldat*
 auf Zeit / Zeitsoldat/in auf Lebenszeit / Berufssoldat/in (ausgenommen von der Pflichtmitgliedschaft)

Selbstständige Ärztin/ selbstständiger Arzt
 Niederlassung auf Honorarbasis

oder

berufsfremde Tätigkeit ohne ärztliche Tätigkeit Entgeltersatzleistung*
(z. B. Kranken- oder Arbeitslosengeld I) seit _____

Name und Anschrift Arbeitgeber/ Dienstherr/ Praxis:

Zusätzlich bin ich ärztlich tätig als

Angestellte/r **Beamtin/Beamter/ Soldat/in*** **Selbstständige/r**

Name und Anschrift Arbeitgeber/ Dienstherr/ Praxis:

*) Bitte fügen Sie erforderliche Dokumente bei (z. B. Approbation, Berufserlaubnis, Ernennungsurkunde, Dienstbescheinigung oder Bescheinigung der Agentur für Arbeit). Eine einfache Kopie ist ausreichend.

Ich bin berufsunfähig bzw. ich habe einen Antrag auf Anerkennung der Berufsunfähigkeit gestellt

ja (bitte Nachweis beifügen) nein

Meine Mitgliedszeiten bei folgenden ärztlichen Versorgungswerken

Name des ärztlichen Versorgungswerks	von	bis

Mein Überleitungsantrag (entfällt bei Beiträgen, die an die Deutsche Rentenversicherung geleistet wurden)

Ich möchte die bei meinem zuletzt zuständigen ärztlichen Versorgungswerk eingezahlten Beiträge überleiten lassen

ja nein

Hinweis: Eine Beitragsüberleitung ist nur möglich, sofern an das zuletzt zuständige ärztliche Versorgungswerk nicht mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet wurden und das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit in Schleswig-Holstein noch nicht vollendet ist.

Meine erforderlichen Unterlagen

Ich habe folgende Unterlagen beigefügt

meine Approbationsurkunde* oder meine Berufserlaubnis (§ 10 BOÄ)*

Da ich angestellte Ärztin/ angestellter Arzt bin

meinen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung
 ggf. meinen Vertrag für ein/e Stipendium, Hospitation, Praktikum

Da ich Beamtin/Beamter/ Soldatin/Soldat bin,

meine Ernennungsurkunde* meine Dienstzeitbescheinigung*
 (nur für Soldaten)

Weiteres (z. B. Bescheinigung über Entgeltersatzleistungen)

Damit mir keine Nachteile entstehen, werde ich alle Änderungen zu den gemachten Angaben umgehend mitteilen!

Ort, Datum

Unterschrift

*) Bitte fügen Sie erforderliche Dokumente bei (z. B. Approbation, Berufserlaubnis, Ernennungsurkunde, Dienstbescheinigung oder Bescheinigung der Agentur für Arbeit). Eine einfache Kopie ist ausreichend.