

**Meine persönlichen Daten**

Name  
Vorname(n)  
Geburtsname Titel  
Geb. am in  
Staatsangehörigkeit Anzahl Kinder  
Geschlecht  weiblich  männlich  divers  
Krankenversicherung  privat  gesetzlich  
Name der Krankenkasse  
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 seit \_\_\_\_\_ 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 beigelegt**

meine Approbationsurkunde\*  oder  meine Berufserlaubnis (§ 10 BÄO)\*

**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.