

Meine persönlichen Daten

Name			
Vorname(n)			
Geburtsname			Titel
Geb. am	in		
Staatsangehörigkeit			Anzahl Kinder
Geschlecht	☐ weiblich	☐ männlich	☐ divers

Mitgliedsnummer

Meine Kontaktdaten

Wohnanschrift ab/seit:

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 aufgrund einer Berufserlaubnis gemäß § 10 BÄO tätig bin

☐ meinen Arbeitsvertrag / 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.