

Meldung einer ärztlichen Nebentätigkeit

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

HINWEIS: Felder, die mit der Ziffer „1“ gekennzeichnet sind, enthalten öffentliche Daten der Ärzteliste

I. Angaben zur Person ¹

Familienname:	Vorname:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ÖÄK-ID	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

II. Angaben zur Nebentätigkeit

Art und Beginn der Nebentätigkeit:
<input type="text"/>
Haftpflichtversicherung (Versicherer / Polizzenummer)
<input type="text"/>

Ich bestätige hiermit, dass ich die Bedingungen der gesetzlich vorgeschriebenen Berufshaftpflichtversicherung erfülle und dass mein Versicherer eine diesbezügliche Deckungsbestätigung an die Ärztekammer übermittelt.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben elektronisch verarbeitet werden. Dies gilt auch für alle zukünftigen Meldungen. Ich versichere, dass ich alle Angaben richtig und vollständig gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Ort / Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers