Bitte zurücksenden oder E-Mail an: info@aekbv.de

ÄKBV
Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband München

Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband München
Elsenheimerstraße 63
80687 München

○ Anzeige der Niederlassung ○ Anzeige der Änderung der Niederlassung

○ Anzeige weiterer Praxissitz

Ich zeige gemäß § 5 der Meldeordnung an, dass ich mich

ab/seit _____
(Datum)
als _____
(Fachgebiet)
in _____
(Praxisanschrift mit Angabe Tel., Fax und evtl. E-Mail)
_____ niedergelassen habe.

Meine Niederlassung führe ich: ○ als Kassenpraxis **KV. Nr. 63/**_____ ○ als Privatpraxis

○ Einzelpraxis

○ Gemeinschaftspraxis mit: _____

○ Praxisgemeinschaft mit: _____

○ Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ○ Leiter des MVZs ○ angestellter Arzt

Anschrift: _____

○ **weitere Praxis (§17 Abs.2 BO) seit:** _____Anschrift:_____

_____

Die weitere Praxis ist eine ○ Einzelpraxis ○ Gemeinschaftspraxis ○ Praxisgemeinschaft

○ Med. Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärzten
und Angehörigen anderer Fachberufe (§23a BO) mit: _____
(genehmigungspflichtig durch BLÄK)

○ sonstige Partnerschaft (§ 23 b BO) mit: _____
(Vertrag bitte der BLÄK vorlegen)

○ Praxisverbund (§23c BO) _____
(Vertrag bitte der BLÄK vorlegen)

Ich habe Belegbetten in der Klinik: _____

Meine hauptberufliche Tätigkeit ist in der Klinik/ Praxis: _____

_____

Meine Privatadresse: _____

Meine Korrespondenz möchte ich an ○ Praxisadresse ○ Privatadresse

Datum _____

_____

Name des Arztes in Druckbuchstaben **Geburtsdatum** **Unterschrift u. Stempel**