

Bitte zurücksenden an:

Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband
München Elsenheimerstraße 65
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

Sprechzeiten

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag		

Insgesamt werden wöchentlich durchschnittlich Stunden Sprechzeiten angeboten

Ergänzende Angaben:

....., den
 Name Ort Datum

.....
 Unterschrift Ärztin/Arzt