



ERHEBUNGSBOGEN

1. PERSÖNLICHE DATEN

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet/verpartnert seit _____ ☐ geschieden seit _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.-Nr. dienstlich: _____ Tel.-Nr. privat: _____

E-Mail: _____

Approbation gültig seit: _____ Berufserlaubnis gem. § 10 (1) BÄO: _____
(nur für ausländische Ärztinnen/Ärzte)

2. MITGLIEDSCHAFT ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN

Eine Mitgliedschaft bei der Nordrheinischen Ärzteversorgung kann satzungsgemäß nur begründet werden, wenn auch eine Pflichtmitgliedschaft bei der Ärztekammer Nordrhein besteht. Der dortige Anmeldetermin kann von dem tatsächlichen Mitgliedschaftsbeginn abweichen. In Zweifelsfällen erfragen Sie bitte das genaue Datum bei der Ärztekammer Nordrhein. **Diese Angabe ist zwingend notwendig.**

In Kenntnis dessen erkläre ich ausdrücklich, dass ich seit dem _____ Pflichtmitglied der Ärztekammer Nordrhein bin.

3. ART UND BEGINN DER JETZIGEN BERUFSTÄTIGKEIT/AKTUELLER BESCHÄFTIGUNGSSTATUS

Beginn der jetzigen Tätigkeit: _____

☐ angestellte/r Ärztin/Arzt ☐ Assistenzarzt/-ärztin ☐ Oberarzt/-ärztin ☐ Chefarzt/-ärztin

Arbeitgeber: _____
(Name, Adresse)

☐ niedergelassene/r Ärztin/Arzt ☐ mit Kassenzulassung ☐ ohne Kassenzulassung

Praxisanschrift: _____

☐ Beamter/Beamtin ☐ auf Zeit ☐ auf Probe ☐ auf Lebenszeit ☐ auf Widerruf

Dienstherr: _____
(Name, Adresse)

☐ freiberufliche oder sonstige Tätigkeit (z. B. Praxisvertreter/in, Gutachter/in, Stipendiat/in etc.)
genaue Bezeichnung _____

☐ zurzeit ohne ärztliche Tätigkeit





4. BEFREIUNG VON DER GESETZLICHEN RENTENVERSICHERUNG

Bei jedem Beschäftigungswechsel muss eine Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten des berufsständischen Versorgungswerkes neu beantragt werden.

☐ Der Antrag wurde bereits elektronisch gestellt (<https://www.ebefreiung.de>).

5. BISHERIGE ÄRZTLICHE TÄTIGKEITEN IM KAMMERBEREICH NORDRHEIN

vom:	bis:	Art der Tätigkeit	Tätigkeitsort
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

☐ keine

6. ANGABEN ÜBER MITGLIEDSCHAFTEN BEI ANDEREN VERSORGUNGSWERKEN

Waren Sie bisher als Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk in Deutschland versichert?

☐ nein

☐ ja

- erstmalig ab dem _____ bei _____
Beginndatum Name des Versorgungswerkes

- zuletzt bei _____
Name des Versorgungswerkes

Ich bestätige die Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Gleichzeitig versichere ich, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und zum Zeitpunkt des unter Punkt 2. angegebenen Beginns der Pflichtmitgliedschaft bei der Ärztekammer Nordrhein nicht berufsunfähig im Sinne des § 10 der Satzung der Nordrheinischen Ärzteversorgung bin/war.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)

☐ Zutreffendes bitte ankreuzen!

Hinweis: Bitte beachten Sie unsere „DATENSCHUTZHINWEISE für Mitglieder und sonstige Leistungsberechtigte der Nordrheinischen Ärzteversorgung“ (siehe u. a. unsere Homepage www.naev.de).