

Versorgungswerk  
 der Landesärztekammer Hessen  
 Mitgliederservice  
 Hanauer Landstraße 150  
 60314 Frankfurt am Main

### Mitgliedschafts-Erhebungsbogen

**Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus. Es ist für die Aufnahme in unserem Versorgungswerk zwingend erforderlich.**

<b>1.</b>	<b>Persönliche Angaben:</b>	
1.1	Mitgliedsnummer:	
	Name:	Geburtsname:
	Vornamen (Rufname in Großbuchstaben):	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
	Geburtstag:	Geburtsort/Geburtsland:
	Staatsangehörigkeit:	akad. Grad, Titel:
	Telefonisch zu erreichen unter:	
1.2	Datum des Examens:	Universität:
	Datum der Approbation:	Ausstellende Behörde:
	Datum der Berufserlaubnis (§ 10 BÄO):	Ausstellende Behörde:
1.3	Straße/Hausnummer:	
	Postleitzahl:	Ort:
<b>2.</b>	<b>Angaben zur (derzeitigen) beruflichen Tätigkeit:</b>	
2.1	Beginn Ihrer ärztlichen Tätigkeit in Hessen:	
2.2	Beginn <b>Angestelltenverhältnis</b> in Hessen laut <b>Arbeitsvertrag</b> :	
	als (Chef-, Ober-, Assistenz-, Werks-, Vertrauensarzt/-ärztin usw.):	Bruttogehalt: _____ EUR monatlich
	Arbeitgeber:	Arbeitsort:



2.3	<b>Niederlassung</b> als	
	<input type="checkbox"/> Vertragsarzt/-ärztin nach § 18 der Zulassungsverordnung (bitte Kopie der Zulassung beifügen)	<input type="checkbox"/> Nichtvertragsarzt/-ärztin
	ab / seit:	Niederlassungsanschrift :

2.4	<b>Freiberufliche ärztliche Tätigkeit</b> (z.B. Honorarärztin/-arzt, Praxisvertreter/in, Gutachter/in, usw.)	
	seit:	tätig als:
	Arbeit-/Auftraggeber bzw. Arbeitsort:	

2.5	Im <b>Beamtenverhältnis</b> seit:	
	als (Dienststellung):	Dienststelle:
	Bitte reichen Sie eine Fotokopie Ihrer Ernennungsurkunde ein.	

2.6	Bei der <b>Bundeswehr</b> seit:	
	<input type="checkbox"/> als Wehrpflichtige(r):	<input type="checkbox"/> als wehrübende(r) für ____ Monate
	<input type="checkbox"/> als Berufssoldat/in:	<input type="checkbox"/> als Soldat/in auf Zeit für ____ Jahre
	Dienstgrad:	derzeitiger Dienstort:

2.7	<b>Ohne ärztliche Tätigkeit</b> seit:
-----	---------------------------------------

2.8	Beantragen Sie aufgrund des § 9 Abs. 1 der Satzung eine Befreiung von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen?	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Der Nachweis hierüber muss unbedingt durch Bescheinigungen, Fotokopien usw. erbracht werden. Betrifft Beamte, Sanitätsoffiziere sowie teilbeschäftigte angestellte Kammerangehörige ohne Versicherungspflicht nach SGB VI, die im Laufe eines Kalenderjahres nicht mehr als 2 Monate beschäftigt sind.	

3. Sämtliche frühere Tätigkeiten als Arzt/Ärztin:				
	vom	bis	tätig als	Tätigkeitsort (PLZ, Ort, Land) / Arbeitgeber

4. Angaben über Mitgliedschaften in anderen berufsständischen <u>Versorgungseinrichtungen</u> für Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland:	
<input type="checkbox"/>	<p>Ich bin seit: _____ Mitglied in der /dem _____</p> <p>Mitgliedsnummer: _____</p> <p>Wenn Sie eine Beitragsüberleitung an das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen wünschen, muss dies schriftlich beantragt werden. Bitte füllen Sie dafür einen Überleitungsantrag aus.</p> <p><u>Hinweis:</u> Eine Überleitung ist nur möglich, wenn für nicht mehr als 96 Monate Beiträge an das bisher zuständige Versorgungswerk entrichtet wurden und bei Beginn der Mitgliedschaft im Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet ist.</p>

5. Mitgliedschaften in einer berufsständischen <u>Kammer</u> für Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland	
	<p>Ich bin seit _____ Mitglied der _____ und werde unter folgender Mitgliedsnummer _____ geführt.</p> <p>Soweit noch nicht geschehen, werde ich mich unverzüglich zur Mitgliedschaft bei der Landesärztekammer Hessen anmelden.</p>

Sollten Sie beabsichtigen, zur Verbesserung Ihrer Rentenanwartschaft zusätzlich Beiträge zu leisten (Abschluss einer Höherversorgung), stehen wir Ihnen gerne telefonisch zur Verfügung.

<b>Bemerkungen:</b>
---------------------

<p>Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und versichere gleichzeitig, dass bei mir keine Berufsunfähigkeit vorliegt.</p> <p>_____, den _____</p> <p>(Ort) (Datum) (Unterschrift)</p>
---