

Bitte zurücksenden oder faxen an:

Ärztlicher Bezirksverband Oberbayern
Postfach 80 01 80
81601 München
FAX: 089 / 45 12 57 - 29



Änderungsanzeige der Niederlassung / weiterer Praxen

Ich zeige gemäß § 5 der Meldeordnung an:

dass ich mich seit/ ab:
(Bitte genaues Datum angeben)

als (Fachgebiet)

in (Praxisanschrift der Hauptpraxis)

Tel.: Fax: Email:

niedergelassen habe/ niederlassen werde.

Meine Niederlassung führe ich als Kassenpraxis
 Privatpraxis → durchschnittliche Sprechstunden/ Woche
(Bitte unbedingt angeben)

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis mit
- Praxismgemeinschaft mit
- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Leiter des MVZ's angestellter Arzt im MVZ

Anschrift:

weitere Praxis (BO § 17 Abs. 2): seit: Anschrift:

Die weitere Praxis ist eine Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Praxismgemeinschaft

Ich habe Belegbetten in folgender Klinik:

Meine hauptberufliche Tätigkeit ist in folgender Klinik/ Praxis:

Meine Privatadresse lautet:

Meine Korrespondenz möchte ich an Praxisadresse Privatadresse

Ort / Datum

Name des Arztes in Druckbuchstaben

Geb.Datum

Unterschrift +Stempel