



Mit der Rücksendung dieser Angaben und Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Aufnahme Ihrer nachfolgenden Daten ins Internet.

**Persönliche Angaben zum elektronischen Ärzteverzeichnis "Ärzte im Land Brandenburg"**  
(Angestellte Ärzte, sonstig ärztlich Tätige und privatärztlich Tätige)

Landesärztekammer Brandenburg  
Hauptgeschäftsstelle  
Meldewesen  
Postfach 10 14 45  
  
03014 Cottbus

Name: \_\_\_\_\_  
  
Reg.-Nr.: \_\_\_\_\_

(In die grau hinterlegten Felder tragen Sie bitte Ihre Angaben/Ergänzungen ein.)

**Angaben auf der ersten Seite des Internetauftrittes**

Titel, Akad. Grad, Vorname, Name

\_\_\_\_\_

Gebietsbezeichnungen

tätig in

_____	<input type="checkbox"/> ja	angekreuzte Bezeichnungen werden im Internet ausgewiesen
_____	<input type="checkbox"/> ja	
_____	<input type="checkbox"/> ja	

Schwerpunktbezeichnungen

tätig in

_____	<input type="checkbox"/> ja	angekreuzte Bezeichnungen werden im Internet ausgewiesen
_____	<input type="checkbox"/> ja	

Zusatzbezeichnungen

tätig in

_____	<input type="checkbox"/> ja	angekreuzte Bezeichnungen werden im Internet ausgewiesen
_____	<input type="checkbox"/> ja	
_____	<input type="checkbox"/> ja	
_____	<input type="checkbox"/> ja	

**Angaben zu Krankenhaus/Dienststelle/Privatpraxis**

Adresse

\_\_\_\_\_

Tel.:

\_\_\_\_\_

Fax:

\_\_\_\_\_

e-Mail-Adresse dienstl.:

\_\_\_\_\_

**Zusätzliche ärztliche Tätigkeiten**

Betriebsärztliche Tätigkeit

ja

Durchgangsarzt/-ärztin

ja

H-Arzt/-ärztin

ja

Praxis

ja

Anschrift Praxis

\_\_\_\_\_

Belegarzt/-ärztin

ja

ggf. Name des Krankenhauses

\_\_\_\_\_

## Angaben auf der zweiten Seite des Internetauftrittes

### Weiterbildungsbefugnisse / ab Datum / Jahre

--	--	--

### Biographische Daten und Daten zur Qualifikation

Geburtsjahr

Approbation seit

Fremdsprachen 


Fakultative Weiterbildungen 


Fachkunden  
(nach der Weiterbildungsordnung)  
Nicht FK Rettungsdienst oder  
FK Strahlenschutz 


Spezialleistungen  
(z. B. Ambulantes Operieren,  
besondere Untersuchungsmethoden  
und Behandlungsverfahren) 


### Veröffentlichung im Internet?

ja  nein

ja  nein

ja  nein

ja  nein

ja  nein

ja  nein

### Internet-Adresse der Praxis/Einrichtung (außer Krankenhäuser und Gesundheitsämter)

Sonstige Einrichtung

Privatpraxis

ja  nein

ja  nein

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen. Ich bin mit der Veröffentlichung der hier aufgeführten Daten unter der Internet-Adresse der Landesärztekammer Brandenburg <http://www.laekb.de> und der automatischen Aktualisierung derjenigen Daten, die im Meldewesen der Landesärztekammer Brandenburg verwaltet werden, einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift