

Selbsteinstufung zum Kammerbeitrag 2026

Landesärztekammer Brandenburg
Geschäftsstelle Cottbus
Kammerbeitrag
Postfach 10 14 45
03014 Cottbus

Referat: Buchhaltung/Kammerbeitrag
Bearbeiter: Kiersey Manina, Dammüller Ellen
Telefon: 0355 78010-282, 78010-286
Telefax: 0355 78010-298
E-Mail: beitrag@laekb.de

Bitte nehmen Sie Ihre Selbsteinstufung auf umseitigem Vordruck vor und senden diesen an o.g. Anschrift zurück oder nehmen Sie Ihre Veranlagung im Mitgliederportal unter <https://portal.laekb.de> vor.

Erläuterungen zur umseitigen Selbsteinstufung:

* Bemessungsjahr ist das Jahr 2024. Falls Sie im Jahr 2024 nicht ärztlich tätig waren, z. B. wegen Studium, Elternzeit etc. sind die Einkünfte des Jahres 2025 zur Berechnung des Beitrages heranzuziehen.

Mitglieder die im Jahr 2026 in den Ruhestand treten und keine weitere ärztliche Tätigkeit ausüben, zahlen einen anteiligen Beitrag nach vollen Monaten der ärztlichen Tätigkeit. Bei Beendigung der ärztlichen Tätigkeit vor dem 01.02.2026 tragen Sie sich in die Beitragsstufe 4 ein und vermerken dies auf der Änderungsmitteilung.

Weitere Hilfen zur Einordnung in die zutreffende Beitragsstufe und Feststellung der Bemessungsgrundlage sowie die Beitragsordnung in ihrer aktuellen Fassung finden Sie in unserer "Anleitung zur Selbsteinstufung" auf unserer Internetseite unter nebenstehendem QR-Code oder www.laekb.de/aerztin-und-arzt/mitgliedschaft/mitgliedsbeitrag



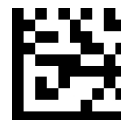
Für maschinelle Lesbarkeit:

- bitte Felder in Blockschrift ausfüllen (keinen roten Stift/Textmarker benutzen)
- unbenutzte Felder bitte nicht entwerfen

Feld für Mitteilungen zum Kammerbeitrag:

Name:

Reg-Nr.: 3



Stellen Sie anhand Ihrer Tätigkeit am 1. Februar 2026 Ihren Beitragsstatus fest und ermitteln Sie Ihren Kammerbeitrag mit Hilfe der **Anleitung zur Selbsteinstufung auf unserer Internetseite**

1. Regulärer Beitrag:

Summe der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Bemessungsjahr 2024* € x 0,46% = € Beitrag

2. Mehrfachmitgliedschaft / doppelte Approbation:

in folgenden Kammern: _____

Es besteht die Mitgliedschaft in der Landesärztekammer Brandenburg, der Berliner Ärztekammer (und ggf. weiteren ÄK)

Summe der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Bemessungsjahr 2024*

geteilt durch Anzahl der Mitgliedschaften: € x 0,46% = € Beitrag

Es besteht die Mitgliedschaft in der Landesärztekammer Brandenburg und weiteren ÄK (nicht in Berlin)

voraussichtlicher Anteil Tätigkeit in Brandenburg 2026 in %:

anteilige Einkünfte im Bemessungsjahr 2024* € x 0,46% = € Beitrag

3. Mindestbetrag 10,00 EUR:

Status am 1. Februar 2026:

Berufsbeginn 2026 nicht ärztlich tätig freiw. Mitglied Jahreseinkünfte (2024 bzw. 2025) unter 5.200 EUR

anderer Status (Nachweis erforderlich):
bei Mutterschutz/Elternzeit zusätzlich Zeitraum mitteilen

4. Ärztin / Arzt im Ruhestand:

keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit am 1. Februar 2026 → es besteht keine Beitragspflicht

geschätzte Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit in 2026 € x 0,46% = € Beitrag

Nachweis beigelegt: Einkommensteuerbescheid Lohnsteuerbescheinigung

vorläufige Veranlagung: es liegen noch keine Nachweise vor, der Kammerbeitrag ist geschätzt

Ich überweise o.g. Betrag innerhalb eines Monats auf das Konto der Landesärztekammer Brandenburg:
IBAN: DE20 3006 0601 0003 0484 11, BIC: DAAEDEDXXX, VWZ Kammerbeitrag 2026, Reg-Nr. (siehe oben)

Ich ermächtige die LÄKB einmalig, den Kammerbeitrag 2026 von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Über den Einzugsstermin werden Sie gesondert informiert.

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Datum

Unterschrift