



# Änderungsmitteilung

Telefon: 0355 78010 0  
 Telefax: 0355 78010 279  
 E-Mail: [meldewesen@laekb.de](mailto:meldewesen@laekb.de)  
<http://www.laekb.de>

Landesärztekammer Brandenburg  
 Geschäftsstelle Cottbus  
 Meldewesen  
 Postfach 10 14 45  
 03014 Cottbus

Name:	_____
Vorname:	_____
Registrier-Nr.:	_____

Bitte korrigieren bzw. ergänzen Sie die unten genannten Angaben. Die Angaben zur privaten Telefon-/Fax- und Mobilfunknummer sowie zur E-Mail-Adresse sind freiwillig.

## 1 Privatanschrift

Strasse, Nr. : \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
 Telefax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## 2 Anstellung im Krankenhaus, Praxis, bei Behörden u. s. w.

Dienstbezeichnung: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
 Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Strasse, Nr. : \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
 Telefax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## 3 Angaben zur Niederlassung

Niederlassung seit: \_\_\_\_\_ Praxisform: \_\_\_\_\_

Bitte eine Kopie der Niederlassungsgenehmigung beilegen.

Strasse, Nr. : \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
 Telefax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## 4 Ohne ärztliche Tätigkeit

im Ruhe-/Vorruhestand seit: \_\_\_\_\_  
 arbeitslos seit: \_\_\_\_\_  
 Mutterschutz, Elternzeit seit: \_\_\_\_\_ Bleibt Arbeitsvertrag bestehen?  ja  nein  
 voraussichtlich bis: \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 Ort Datum Unterschrift und Stempel