

# ANLAGE 3

BEWERBUNGSFORMULAR FÜR DAS VERZEICHNIS DER KONTROLLÄRZTE

|  |  |
| --- | --- |
| **PROFIL** | [ ]  PROFIL 1: ALLGEMEINMEDIZINER / ARBEITSMEDIZINER |
| [ ]  PROFIL 2: PSYCHIATER |
| [ ]  PROFIL 3: FACHARZT DER ORTHOPÄDIE |
| **PERSONENBEZOGENE DATEN** |
| NAME(N), VORNAME(N) |  |
| ADRESSE |  |
| TELEFONNUMMER(N) |  |
| FAXNUMMER(N) |  |
| E-MAIL-ADRESSE(N) |  |

|  |
| --- |
| **ÄRZTLICHE PRAXIS** |
| APPROBATION (ZULASSUNG) ZUR BERUFSAUSÜBUNG IM LAND DER NIEDERLASSUNG/TÄTIGKEIT | [ ]  JA[ ]  NEIN |
| MITGLIEDSNUMMER UND NACHWEIS FÜR DIE MITGLIEDSCHAFT IN DER ÄRZTEKAMMER  | Nr.:Nachweis für die Mitgliedschaft beifügen  |

|  |
| --- |
| **BERUFSERFAHRUNG** |
| **1** | DATEN |  |
| FUNKTION ODER STELLE |  |
| NAME UND ADRESSE DES ARBEITGEBERS |  |
| HAUPTTÄTIGKEITEN UND ZUSTÄNDIGKEITEN |  |
|  |
| **2** | DATEN |  |
| FUNKTION ODER STELLE |  |
| NAME UND ADRESSE DES ARBEITGEBERS |  |
| HAUPTTÄTIGKEITEN UND ZUSTÄNDIGKEITEN |  |

|  |
| --- |
| **STUDIUM UND MEDIZINISCHE AUSBILDUNG** |
| **1** | DATEN |  |
| ERWORBENER ABSCHLUSS |  |
| NAME UND ADRESSE DER BILDUNGSEINRICHTUNG |  |
|  |
| **2** | DATEN |  |
| ERWORBENER ABSCHLUSS |  |
| NAME UND ADRESSE DER BILDUNGSEINRICHTUNG |  |

|  |
| --- |
| **GESPROCHENE SPRACHEN** |
| MUTTERSPRACHE |  |
| ERFORDERLICHE SPRACHE (mindestens eine) | [ ] FRANZÖSISCH | [ ] ENGLISCH  | [ ] DEUTSCH  |
| SONSTIGE SPRACHEN |  |  |  |