

# 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 |  |  |  |