



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
Geschäftsstelle Cottbus
Meldewesen
Postfach 10 14 45
03014 Cottbus

Name:	<input type="text"/>
Reg.-Nr.:	<input type="text"/>

Alle Felder können am Bildschirm ausgefüllt werden!

Angaben auf der ersten Seite des Internetauftrittes

Titel, Akad. Grad, Vorname, Name

Gebietsbezeichnungen

tätig in

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

Schwerpunktbezeichnungen

tätig in

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

Zusatzbezeichnungen

tätig in

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

