

Erhebungsbogen

Mitglieds-Nr. (soweit bekannt): _____

1.) Persönliche Daten

Name, Vornamen _____

(Rufnamen bitte unterstreichen)

Geburtsname _____

Geschlecht männlich weiblich

Geburtsdatum _____._____.19____

Staatsangehörigkeit _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Familienstand ledig verh. gesch. verwitwet eingetr. Lebenspartnerschaft

seit _____._____._____

Name, Vorname Ehegatte/eingetragene/r Lebenspartner/in

Geburtsdatum Ehegatte/eingetr. Lebenspartner/in _____._____.19____

Geburtsname _____

Kinder (Vorname/Geburtsdatum) _____

2.) Berufliche Stellung in Hamburg

ab _____._____.201__

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> angestellt | <input type="checkbox"/> ohne Tätigkeit | <input type="checkbox"/> berufs fremd tätig |
| <input type="checkbox"/> niedergelassen | <input type="checkbox"/> freiberuflich tätig | <input type="checkbox"/> arbeitslos mit Leistungsbezug ja/nein |
| <input type="checkbox"/> Soldat/in auf Zeit | <input type="checkbox"/> Berufssoldat/in | <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin auf Probe/Widerruf/Lebenszeit |
| <input type="checkbox"/> Stipendiat/in, Hospitant/in | <input type="checkbox"/> Gastarzt/Gastärztin | |

Anschrift Praxis/Name und Anschrift Arbeitgeber/Krankenhaus, Abteilung

Es handelt sich um die erste ärztliche Tätigkeit in Deutschland ja nein

