

Antragsformular Arztausweis | Barcodeetiketten

Nachname: _____

Vorname(n): _____

Akademischer Grad / Titel: _____

Geburtsdatum: _____

Arztausweis (Sichtausweis – nicht elektronisch)

Bitte stellen Sie mir einen Arztausweis im Scheckkartenformat aus.



Zutreffendes bitte ankreuzen:

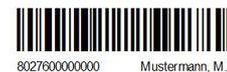
- Ich beantrage erstmals einen Arztausweis.
- Mein bisheriger Arztausweis ist abgelaufen.
- Mein bisheriger Arztausweis wurde mir am _____ gestohlen.
- Meinen bisherigen Arztausweis habe ich am _____ verloren.

Ich versichere mit meiner Unterschrift am Ende dieser Seite, dass meine oben genannten Daten sowie Angaben korrekt sind und lege diesem Antrag folgende Unterlagen/Dokumente bei:

1. aktuelles Passfoto (gängige Größe, keine Farbkopien), auf dessen Rückseite Ihr Name in Druckbuchstaben vermerkt ist,
2. Kopie der Vor- und Rückseite Ihres Personalausweises oder der Fotoseite Ihres Reisepasses*; bitte unterschreiben Sie die Kopie zur Unterschriftenprobe eigenhändig,
3. Kopie des Aufenthaltstitels* (bei Ärztinnen und Ärzten mit Herkunftsland außerhalb der Europäischen Union).

Barcodeetiketten

Bitte stellen Sie mir Barcodeetiketten für die ärztliche Fortbildung aus.



8027600000000 Mustermann, M.

Datum: _____

Unterschrift: _____

* Die Ablichtung Ihres Ausweisdokuments ist zu Ihrer Identifizierung erforderlich. Sie wird unmittelbar nach Bearbeitung datenschutzkonform gelöscht. Alternativ können Sie den Antrag auch im Besuchsdienst stellen; bitte bringen Sie alle dafür notwendigen Unterlagen mit.

Von der Ärztekammer Berlin auszufüllen:

Kammermitgliedschaft / Ausweisdokument geprüft:

Datum: