

Bitte zurücksenden an:

**Ärztlicher Bezirksverband Schwaben
Frohsinnstr. 2
86150 Augsburg**

Arztnummer

Anzeige der Niederlassung

Ich zeige gemäß § 5 der Meldeordnung an, dass ich mich

ab _____
Datum

als _____
Fachgebiet

in _____
Praxisanschrift

_____ niedergelassen habe.

Meine Niederlassung führe ich: als eigene Kassenpraxis **KV-Nr. H 70/** _____
 als eigene Privatpraxis

in Einzelpraxis

in einem medizinischen Versorgungszentrum, Anschrift: _____

als angestellter Arzt als niedergelassener Arzt als Leiter des MVZ

in einer Gemeinschaftspraxis mit _____

in einer Praxisgemeinschaft mit _____

in einer Partnerschaft BO § 23 b mit _____
(genehmigungspflichtig)

in einer Med. Kooperationsgemeinschaft BO § 23 a mit _____
(genehmigungspflichtig)

in einem Praxisverbund (BO § 23 c) mit _____
(genehmigungspflichtig)

Ich habe Belegbetten in folgender Klinik: _____

Meine hauptberufliche Tätigkeit ist in folgender Klinik: _____

Meine Privatadresse lautet: _____

Meine Korrespondenz möchte ich an Praxisadresse Privatadresse

Datum

Name des Arztes
In Druckbuchstaben

Unterschrift und Stempel