



Landesärztekammer Thüringen  
Abteilung Meldewesen  
Postfach 100740  
07707 Jena

MGLNR

oder per Fax an **03641 614-138**

### ***Änderungsmeldung zur Aktualisierung bei Elternzeit***

Titel, Vorname, Name: \_\_\_\_\_

#### ***Aktuelle Privat- bzw. Postanschrift***

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

***Aktuelle Dienstanschrift*** seit/bis: .....

Angestelltenverhältnis     Vertragsärztliche Niederlassung     Privatärztliche Niederlassung

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Dienststellung: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Elternzeit geplant von - bis** \_\_\_\_\_ (unbedingt angeben)

**Dienstvertrag bleibt in der Elternzeit bestehen**  ja                       nein                      (unbedingt angeben)

**bzw. endet zum** \_\_\_\_\_ (unbedingt angeben)

Datum:

Unterschrift