

Postanschrift:
Postfach 100619, 07706 Jena

Hausanschrift:
Im Semmicht 33, 07751 Jena

Tel.: (03641) 614-0 Fax: (03641) 614-258
Email: service@aerztevers-thueringen.de

Erhebungsbogen

Ihre Versorgungsnummer
0

1. Titel _____

2. Name _____ Vorname _____

3. Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

4. Geschlecht Familienstand Geburtsdatum
des Ehe- bzw.
Lebenspartners *)
 männlich verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft _____
 weiblich ledig verwitwet geschieden

5. Anschrift _____

(Straße, PLZ, Ort)

6. Staatsangehörigkeit _____ Telefon dienstlich _____
privat _____
Email _____

7. a) Besteht eine Schwerbehinderung ja (bitte Nachweis beifügen) nein
b) Besteht Berufs- / Erwerbsunfähigkeit ja (bitte Nachweis beifügen) nein

8. a) Approbation gültig seit _____ (bitte Tag, Monat und Jahr angeben)
b) Genehmigung gem. § 10 Abs. 1 BÄO _____ Ausstellungsort _____
erteilt am (nur für ausländische Ärzte)

9. Art und Beginn der jetzigen Berufstätigkeit Beginn _____

a) Angestellter Arzt
Arbeitgeber _____

b) Niedergelassener Arzt mit / ohne Kassenzulassung
Praxisanschrift _____

c) Beamter auf Widerruf - auf Zeit - auf Probe - auf Lebenszeit (Kopie der Ernennungsurkunde bitte beifügen)
Dienststellung _____
Dienstgeber _____

d) Mutterschutz / Elternzeit seit _____

10. Pflichtversicherter der Deutschen Rentenversicherung? nein / ja seit: _____

Antrag auf Befreiung von der Angestelltenversicherungspflicht gem. § 6 Abs. 1 SGB VI wurde

a) von mir gestellt am _____ **b) von mir noch nicht gestellt**

c) Befreiung von der Deutschen Rentenversicherung wurde ausgesprochen zum _____

zugunsten der ärztlichen Versorgungseinrichtung in _____
(Kopie des Befreiungsbescheides bitte beifügen)

11. Frühere Tätigkeiten im Kammerbereich Thüringen nein / ja

wenn ja:

vom _____ bis _____ als _____

(Arbeitgeber, Ort) _____

vom _____ bis _____ als _____

(Arbeitgeber, Ort) _____

12. Tätigkeit vor Aufnahme der jetzigen Tätigkeit (bitte auch Tätigkeit im Ausland angeben)

vom _____ bis _____ als _____

(Arbeitgeber, Ort, Land) _____

13. Vor Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit im Bereich der LÄK Thüringen

a) gehörte ich einer anderen ärztlichen Versorgungseinrichtung an ja / nein

wenn unter a) ja, welcher: _____

vom _____ bis _____ Mitgliedsnummer _____

b) weitere Anwartschaften bei anderen Versorgungswerken nein / ja

wenn ja:

Versorgungswerk _____ vom _____ bis _____

Versorgungswerk _____ vom _____ bis _____

c) Datum des erstmaligen Eintritts in das System der berufsständischen Versorgungswerke _____

d) Wurden Sie nach Vollendung des 45. Lebensjahres von der Pflichtmitgliedschaft in einem Versorgungswerk ausgeschlossen?

wenn ja:

Versorgungswerk _____ Datum _____

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben

....., den
(Unterschrift / Stempel)

*) Für versicherungsmathematische Berechnungen bitten wir um Angabe des Geburtsdatums Ihres Ehepartners bzw. Ihres eingetragenen Lebenspartners.
Je genauere Angaben vorliegen, umso konkreter werden die versicherungsmathematischen Berechnungen der zu erwartenden Rentenleistungen. Alle erhobenen Daten werden unter Beachtung der Bestimmungen des Thüringer Datenschutzgesetzes verarbeitet. Nichtzutreffendes bitte streichen!