

Landesärztekammer Thüringen
Abteilung Meldewesen
Postfach 100740
07707 Jena

MGLNR: _____

oder per Fax an **03641 614-138**
E-Mail: **meldewesen@laek-thueringen.de**

Änderungsmeldung zur Aktualisierung

Titel, Vorname, Name: _____

Aktuelle Privat- bzw. Postanschrift

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Elternzeit ab bzw. seit _____

Elternzeit endet zum _____

Wiederaufnahme der Tätigkeit _____

Aktuelle Dienstanschrift ab bzw. seit: _____

☐ Angestelltenverhältnis ☐ Vertragsärztliche Niederlassung ☐ Privatärztliche Niederlassung

Einrichtung: _____

Abteilung: _____

Tätigkeit als: _____

Zeitlicher Umfang: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit _____ Stunden/ Woche

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

Dienstvertrag bleibt bestehen ☐ ja ☐ nein (unbedingt angeben)

bzw. endet am _____ (unbedingt angeben)

Datum: _____ Unterschrift _____