

Landesärztekammer Thüringen
Abteilung Meldewesen
Postfach 100740
07707 Jena

MGLNR:

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

Änderungsmeldung zur Aktualisierung der Dienstanschrift (in Thüringen)

Titel, Vorname, Name: _____

Aktuelle Privat- bzw. Postanschrift

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

Dienstanschrift bisher:

diese Dienstanschrift bis: _____

ohne Tätigkeit bis _____ **(unbedingt angeben)**

arbeitslos bis _____ **(unbedingt angeben)**

Aktuelle Angaben zur neuen Tätigkeit:

Dienstanschrift ab/seit dem _____ **(unbedingt angeben)**

Angestelltenverhältnis Vertragsärztliche Niederlassung Privatärztliche Niederlassung

Einrichtung: _____

Abteilung: _____

Tätigkeit als: _____

Zeitlicher Umfang: Vollzeit Teilzeit _____ **Stunden/ Woche**

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

Erfassen der Tätigkeit in einer weiteren Einrichtung

Angestelltenverhältnis Vertragsärztliche Niederlassung Privatärztliche Niederlassung

Einrichtung
Krankenhaus / Praxis / MVZ:

Abteilung: _____

Tätigkeit als: _____

Zeitlicher Umfang: Vollzeit Teilzeit _____ Stunden/ Woche

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

Erfassen der Tätigkeit in einer weiteren Einrichtung

Angestelltenverhältnis Vertragsärztliche Niederlassung Privatärztliche Niederlassung

Einrichtung
Krankenhaus / Praxis / MVZ:

Abteilung: _____

Tätigkeit als: _____

Zeitlicher Umfang: Vollzeit Teilzeit _____ Stunden/ Woche

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

Datum: _____ Unterschrift _____