

Im Beamtenverhältnis auf Widerruf – auf Probe – auf Zeit – auf Lebenszeit, Sanitätsoffizier (Ernennungs- bzw. Berufungsurkunde beifügen)													
Dienstbezeichnung					ab	Tag	Monat	Jahr					
Name und Sitz meines Dienstherrn													
Honorarärztliche Tätigkeit					tätig seit	Tag	Monat	Jahr					
Name und Sitz der Arbeitsstätte in Thüringen													
Mutterschutz / Elternzeit seit / ab			Tag	Monat	Jahr		voraussichtlich bis			Tag	Monat	Jahr	
Angaben zu früheren Mitgliedschaften													
Vor Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit im Bereich der LÄK Thüringen													
Erstmaliger Eintritt in das System der berufsständischen Versorgungswerke						Tag	Monat	Jahr					
Gehörten Sie einer anderen Versorgungseinrichtung an?				<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, bitte geben Sie die letzten Versorgungseinrichtungen an							
von		bis		Versorgungswerk				Mitgliedsnummer					
Wurden Sie nach Vollendung des 45. Lebensjahres von der Pflichtmitgliedschaft in einem Versorgungswerk ausgeschlossen?													
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja		Versorgungswerk				Tag	Monat	Jahr			
<input type="checkbox"/> Ich beantrage eine Beitragsüberleitung zur Ärzteversorgung Thüringen													
Frühere ärztliche Tätigkeit im Ausland													
Waren Sie im Ausland ärztlich tätig?				<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, bitte geben Sie diese an							
von		bis		Tätigkeit				Land					
sonstige Angaben													
Besteht eine Schwerbehinderung?				<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja		Grad der Behinderung		... %			
Beziehen Sie in Deutschland und / oder im Ausland eine													
Berufsunfähigkeitsrente (auch vorübergehend)?				<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, bitte den aktuellen Bescheid zur Berufsunfähigkeit beifügen							
Erwerbsminderungsrente?				<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, bitte den aktuellen Bescheid zur Erwerbsminderungsrente beifügen							
Invalidenrente?				<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, bitte den aktuellen Bescheid zur Invalidenrente beifügen							
Altersrente?				<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, bitte den aktuellen Bescheid zur Altersrente beifügen							
oder haben Sie eine solche Rente beantragt?				<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja							

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

*) Für versicherungsmathematische Berechnungen bitten wir um Angabe des Geburtsdatums Ihres Ehepartners. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten (Datenschutzhinweise nach Artikel 13, 21 der Datenschutz-Grundverordnung) finden Sie auf der Homepage www.laek-thueringen.de/datenschutz. Ist es Ihnen nicht möglich, unseren Datenschutzhinweis dort einzusehen, senden wir Ihnen diese auf Anforderung gerne zu.