



Ärzteversorgung Thüringen

Einrichtung der Landesärztekammer Thüringen KdöR

Bestand/Rente

Tel.: 03641 614 - 0

Fax: 03641 614 - 258

E-Mail: service@aev-thueringen.de

Erhebungsbogen

Ihre Versorgungsnummer

0

Angaben zu meiner Person

| | | | | |
|--|--|---|-----|-------|
| Titel, Akademischer Grad | | | | |
| Name | | Vorname(n) | | |
| Geburtsname, früher geführter Name | | Geburtsdatum | Tag | Monat |
| Geburtsort | | Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers | | |
| Geburtsland | | Staatsangehörigkeit (Ausweiskopie beifügen) | | |
| Wohnanschrift Straße, Hausnummer, PLZ, Ort | | | | |

| | | | | |
|---|--|-------------------------------------|-------|---|
| Familienstand | | | | |
| <input type="checkbox"/> ledig | | <input type="checkbox"/> geschieden | | Geburtsdatum des Ehe- bzw. Lebenspartners*) |
| <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Partnerschaft | | <input type="checkbox"/> verwitwet | | |
| | | Tag | Monat | Jahr |

| | | | | |
|----------------------|--|--------------------------|--|--|
| Telefonnummer privat | | Telefonnummer dienstlich | | |
| E-Mail privat | | | | |

| | | | | |
|---|-----|-------|------|----------------------|
| Approbation und Berufserlaubnis | | | | |
| Datum der Approbation: | Tag | Monat | Jahr | Ausstellende Behörde |
| Datum der Berufserlaubnis: (§ 10 BÄO) nur ausländische Ärzte | Tag | Monat | Jahr | Ausstellende Behörde |

Angaben zur beruflichen Tätigkeit im Kammerbereich Thüringen Bitte Zutreffendes ausfüllen.

| | | | | | | | |
|---|-----|-------|------|--|-----|-------|------|
| Im Angestelltenverhältnis tätig seit / ab | Tag | Monat | Jahr | bei befristeter Anstellung das Anstellungsende | Tag | Monat | Jahr |
|---|-----|-------|------|--|-----|-------|------|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Arbeitgeber | | | | |
| Anschrift Arbeitgeber Straße, Hausnummer, PLZ, Ort | | | | |

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| Besteht eine Mehrfachbeschäftigung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Für jede rentenversicherungspflichtige Tätigkeit muss eine Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung zu Gunsten des berufsständischen Versorgungswerkes neu beantragt werden. |
|-------------------------------------|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 2. Arbeitgeber | | | | |
| Anschrift Arbeitgeber Straße, Hausnummer, PLZ, Ort | | | | |

Ich übe im Kammerbereich Thüringen ausschließlich eine Tätigkeit in Form der Arbeitnehmerüberlassung aus.

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| Name des Unternehmens der Arbeitnehmerüberlassung | | | Name und Sitz meiner Arbeitsstätte in Thüringen | |
|---|--|--|---|--|

| | | | | | | | |
|-------------------------------|-----|-------|------|---|-----|-------|------|
| Tätigkeitsbeginn in Thüringen | Tag | Monat | Jahr | Voraussichtliches Tätigkeitsende in Thüringen | Tag | Monat | Jahr |
|-------------------------------|-----|-------|------|---|-----|-------|------|

| | | | | | |
|----------------------|---|-----------------|-----|-------|------|
| Niedergelassen tätig | <input type="checkbox"/> mit Kassenzulassung <input type="checkbox"/> ohne Kassenzulassung | tätig seit / ab | Tag | Monat | Jahr |
|----------------------|---|-----------------|-----|-------|------|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Praxisanschrift Straße, Hausnummer, PLZ, Ort | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bitte wenden!

| | | | | |
|--|----|-----|-------|------|
| 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 |

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.