



BEITRITTSERKLÄRUNG

EINTRITTSDATUM: _____

(nach dem 30.06. des laufenden Jahres wird nur der halbe Beitrag fällig)

Titel _____

Nachname _____

Vorname _____

PRAXIS-/KLINIKADRESSE

Klinikname _____

Straße _____

PLZ | Ort _____ | _____

Telefon | Fax _____ | _____

E-Mail _____

PRIVATADRESSE

Straße _____

PLZ | Ort _____ | _____

Telefon | Fax _____ | _____

E-Mail _____

Nationalität _____

Geschlecht weiblich männlich

Geburtsdatum _____

Landesärztekammer _____

Bezirksärztekammer _____

Kassenärztliche
Vereinigung _____

KV-Bezirksstelle _____

ÄNDERUNGSMITTEILUNG

Mitgliedsnummer: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. nennen, Statusänderungen bitte mit „Änderungsmitteilung“ an die Geschäftsstelle bekannt geben.

BESONDERE QUALIFIKATIONEN:

- Mammographie
- Ambulante Operationen
- Naturheilverfahren
- Akupunktur
- Sonstige _____

SCHWERPUNKT/E:

- Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
- Gynäkologische Onkologie

BESONDERE GENEHMIGUNG

zur Durchführung und Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung (falls vorhanden, bitte ankreuzen):

- Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder auf fetale Erkrankungen oder bei erhöhtem Risiko (B-Mode-Verfahren)
- Feto-maternales Gefäßsystem (CW-Doppler-Verfahren)
- Fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren)
- Feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren)
- Brustdrüse (B-Mode-Verfahren)
- Zytologie
- Psychosomatik nach Nr. 35100/35110 EBM
- Qualifikationen nach Onkologie-Vereinbarung

► Die Beitragssätze finden Sie auf der Rückseite.

Bitte in einem Fensterkuvert senden an:

Berufsverband der Frauenärzte e.V.
Mitgliederverwaltung
Postfach 20 03 63
80003 München

BEITRAGSSÄTZE

- | | | | |
|--|-------------------|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Niedergelassene/r
Frauenärztin/-arzt
<input type="checkbox"/> in Berufsausübungsgemeinschaft
<input type="checkbox"/> Belegärztin/-arzt | Euro 295,- | <input type="checkbox"/> In Klinik oder Praxis, in Industrie
und Forschung sowie bei anderen
Organisationen angestellte/r sowie
beamtete/r Ärztin/Arzt vor Abschluss
der Gebietsweiterbildung im _____
Jahr der Gebietsweiterbildung. | beitragsfrei |
| <input type="checkbox"/> Niedergelassene/r
Frauenärztin/-arzt
im 1. Jahr der Niederlassung
(auf Antrag)
Datum der Niederlassung _____
<input type="checkbox"/> in Berufsausübungsgemeinschaft
<input type="checkbox"/> Belegärztin/-arzt | Euro 190,- | <input type="checkbox"/> Vertretungstätigkeit | Euro 130,- |
| <input type="checkbox"/> Chefärztin/-arzt
<input type="checkbox"/> Leitende Ärztin/Leitender Arzt
<input type="checkbox"/> Ärztliche Direktorin
Ärztlicher Direktor | Euro 295,- | <input type="checkbox"/> Frauenärztin/arzt
ohne Berufstätigkeit | Euro 70,- |
| <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt | Euro 130,- | <input type="checkbox"/> Im Ruhestand
(ohne ärztliche Tätigkeit) | Euro 70,- |
| <input type="checkbox"/> In Klinik oder Praxis, in Industrie
und Forschung
sowie bei anderen Organisationen
angestellte/r sowie beamtete/r
Frauenärztin/-arzt nach Abschluss
der Gebietsweiterbildung | Euro 130,- | <input type="checkbox"/> Arbeitslose/r Frauenärztin/-arzt
(mit Nachweis) | beitragsfrei |
| | | <input type="checkbox"/> Im Ausland tätige/r
Frauenärztin/arzt | Euro 130,- |
| | | <input type="checkbox"/> Status wie vor, jedoch seit
_____ bis _____
in Erziehungsurlaub (bitte Geburts-
urkunde oder Bescheinigung über
Elternzeit beifügen) | |

Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung meiner Daten gemäß Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben des Berufsverbands der Frauenärzte e.V. bin ich einverstanden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____