

Bitte zurücksenden oder faxen an:

**Ärztlicher Bezirksverband Oberbayern**  
Postfach 80 01 80  
81601 München  
FAX: 089 / 45 12 57 - 29



### Änderungsanzeige der Niederlassung / weiterer Praxen

Ich zeige gemäß § 5 der Meldeordnung an:

dass ich mich seit/ ab: .....  
(Bitte genaues Datum angeben)

als (Fachgebiet) .....

in (Praxisanschrift der Hauptpraxis) .....

Tel.: ..... Fax: ..... Email: .....

niedergelassen habe/ niederlassen werde.

Meine Niederlassung führe ich als

- Kassenpraxis  
 Privatpraxis → ..... durchschnittliche Sprechstunden/ Woche  
(Bitte unbedingt angeben)

- Einzelpraxis  
 Gemeinschaftspraxis mit .....  
 Praxismgemeinschaft mit .....  
 Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)     Leiter des MVZ's     angestellter Arzt im MVZ

Anschrift: .....

weitere Praxis (BO § 17 Abs. 2): seit: ..... Anschrift: .....

Die weitere Praxis ist eine     Einzelpraxis     Gemeinschaftspraxis     Praxismgemeinschaft

Ich habe Belegbetten in folgender Klinik: .....

Meine hauptberufliche Tätigkeit ist in folgender Klinik/ Praxis: .....

Meine Privatadresse lautet: .....

Meine Korrespondenz möchte ich an     Praxisadresse     Privatadresse

.....  
Ort / Datum

.....  
**Name des Arztes in Druckbuchstaben**

**Geb.Datum**

**Unterschrift +Stempel**