Berufsverband der Frauenärzte

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

☐ Niedergelassene/r Frauenärztin/-arzt **Euro 295,-**
- ☐ in Berufsausübungsgemeinschaft
- ☐ Belegärztin/-arzt

☐ Niedergelassene/r Frauenärztin/-arzt **Euro 190,-**
im 1. Jahr der Niederlassung
(auf Antrag)
Datum der Niederlassung _____
- ☐ in Berufsausübungsgemeinschaft
- ☐ Belegärztin/-arzt

☐ Chefärztin/-arzt **Euro 295,-**
- ☐ Leitende Ärztin/Leitender Arzt
- ☐ Ärztliche Direktorin
  Ärztlicher Direktor

☐ Oberärztin/-arzt **Euro 130,-**

☐ 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,-**

☐ 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**

☐ Vertretungstätigkeit **Euro 130,-**

☐ Frauenärztin/arzt ohne Berufstätigkeit **Euro 70,-**

☐ Im Ruhestand (ohne ärztliche Tätigkeit) **Euro 70,-**

☐ Arbeitslose/r Frauenärztin/-arzt (mit Nachweis) **beitragsfrei**

☐ Im Ausland tätige/r Frauenärztin/arzt **Euro 130,-**

☐ Status wie vor, jedoch seit _____bis _____ in Erziehungsurlaub (bitte Geburtsurkunde 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 _____

DRUCKEN