

An das  
**Versorgungswerk**  
 der Ärztekammer Bremen  
 Postfach 10 77 29  
 28077 Bremen

**Erhebungsbogen**

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

**1. Persönliche Angaben**

Name, Titel		Vorname	
Geburtsname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsort		Staatsangehörigkeit	
Anschrift: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort			
Telefon		E-Mail*	
<p>* Mir ist bekannt, dass es bei dem Versand von E-Mails zu Bekanntwerden der Daten durch Zugriff Dritter, Datenverlust, Virenübertragung etc. kommen kann. In Kenntnis der oben genannten Gefahren stimme ich dennoch der Übermittlung personenbezogener Daten per E-Mail an mich zu. Diese Erklärung kann ich gegenüber dem Versorgungswerk der Ärztekammer Bremen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein</p>			
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit: _____  <input type="checkbox"/> eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft seit: _____  <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____			
Name des Ehe-/Lebenspartners	Vorname des Ehe-/Lebenspartners		Geburtsdatum des Ehe-/Lebenspartners
Name des Kindes	Vorname des Kindes	Geschlecht	Geburtsdatum des Kindes
		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	

## 2. Angaben zur Berufstätigkeit (es sind alle ärztliche Tätigkeiten anzugeben)

Ich bin	Beginn der Tätigkeit lt. Vertrag
<input type="checkbox"/> als angestellte(r) Ärztin / Arzt tätig	_____
<input type="checkbox"/> als niedergelassene(r) Ärztin / Arzt tätig	_____
<input type="checkbox"/> auf Honorarbasis tätig (echte Honorartätigkeit/ nicht arbeitnehmerähnlich)	_____
<input type="checkbox"/> <u>zusätzlich</u> zu o.g. Tätigkeiten im Rettungs- dienst als Notärztin / Notarzt tätig	_____
<input type="checkbox"/> Beamtin/er auf Zeit / Lebenszeit / Widerruf/ zur Probe	_____
<input type="checkbox"/> Zeitsoldat	_____
<input type="checkbox"/> Stipendiat/in oder Gastärztin/-arzt	_____
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmerüberlassung (Bsp. doctari, doxx, lichtfeld etc.)	_____
Name und Anschrift Ihres Arbeitgebers/Ihrer Arbeitgeber	
_____	
_____	
_____	
_____	
Bitte beachten Sie: Bei einer angestellten bzw. arbeitnehmerähnlichen Tätigkeit ist auch ein Antrag auf Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung erforderlich. Dieser muss innerhalb von 3 Monaten ab Tätigkeitsbeginn online eingereicht werden.	

## 3. Angaben zu Leistungen

Beziehen Sie bereits eine (vorgezogene) Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente?  <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja, ich erhalte eine Rente von _____
---

#### 4. Angaben zu früheren Mitgliedschaften

Sofern Sie vor Aufnahme Ihrer Tätigkeit im Land Bremen schon Mitglied einer anderen Versorgungseinrichtung oder eines anderen gesetzlichen Rentenversicherungsträgers im Inland oder europäischen Ausland (EU / EWR / EFTA) waren, bitten wir Sie nachfolgend um entsprechende Angaben

von	bis	Land oder Bundesland	Versorgungseinrichtung / Rententräger

#### 5. Überleitungsantrag

Ich möchte die bei meinem zuletzt zuständigen ärztlichen Versorgungswerk eingezahlten Beiträge überleiten lassen.

ja
  nein

Bitte beachten Sie, dass eine Überleitung nur möglich ist, wenn Sie das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Mitgliedsaufnahme beim Versorgungswerk der Ärztekammer Bremen noch nicht vollendet und Sie an das zuletzt zuständige Versorgungswerk für nicht mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet haben.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind.

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht berufsunfähig bin.

Ich werde dem Versorgungswerk Änderungen meiner vorgenannten Angaben umgehend mitteilen.

Mir ist bekannt,

- dass meine Angaben elektronisch verarbeitet werden und dass ich jederzeit Auskunft über die mich betreffenden Daten verlangen kann.
- dass die Mitgliedschaft in der Ärztekammer Voraussetzung für die Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk ist.

---

Ort, Datum, Unterschrift