

**Bitte zurücksenden an:**

**Ärztlicher Bezirksverband Schwaben  
Frohsinnstr. 2  
86150 Augsburg**

**Arztnummer**

**Anzeige der Niederlassung**

Ich zeige gemäß § 5 der Meldeordnung an, dass ich mich

ab \_\_\_\_\_  
Datum

als \_\_\_\_\_  
Fachgebiet

in \_\_\_\_\_  
Praxisanschrift

\_\_\_\_\_ niedergelassen habe.

Meine Niederlassung führe ich:  als eigene Kassenpraxis **KV-Nr. H 70/** \_\_\_\_\_  
 als eigene Privatpraxis

in Einzelpraxis

in einem medizinischen Versorgungszentrum, Anschrift: \_\_\_\_\_

als angestellter Arzt       als niedergelassener Arzt       als Leiter des MVZ

in einer  Gemeinschaftspraxis mit \_\_\_\_\_

in einer  Praxisgemeinschaft mit \_\_\_\_\_

in einer  Partnerschaft BO § 23 b mit \_\_\_\_\_  
(genehmigungspflichtig)

in einer  Med. Kooperationsgemeinschaft BO § 23 a mit \_\_\_\_\_  
(genehmigungspflichtig)

in einem  Praxisverbund (BO § 23 c) mit \_\_\_\_\_  
(genehmigungspflichtig)

Ich habe Belegbetten in folgender Klinik: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Meine hauptberufliche Tätigkeit ist in folgender Klinik: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Meine Privatadresse lautet: \_\_\_\_\_

Meine Korrespondenz möchte ich an  Praxisadresse       Privatadresse

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name des Arztes  
In Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel