



## Beitrittserklärung zur Mitgliedschaft bei der FMH

### FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Die/der Unterzeichnende verpflichtet sich für den Fall der Aufnahme, den Statuten der FMH und den darauf gestützten Beschlüsse Folge zu leisten. Sie/er verpflichtet sich insbesondere, den von der Ärztekammer festgesetzten Jahresbeitrag zu bezahlen, sowie der FMH die zur Festlegung der Mitgliederbeitragskategorie notwendigen Angaben (u.a. Änderungen der beruflichen Tätigkeit) zu melden. Sie/er verpflichtet sich weiter zur korrekten Rechnungsstellung sowie zur Beschränkung auf kosteneffektive Untersuchungen und Behandlungen im Bereich der obligatorischen Sozialversicherung.

### Basisorganisation (kantonale Ärztesgesellschaft)

Die/der Unterzeichnende erklärt zudem, dass sie/er die Statuten der Basisorganisation, welcher sie/er angehört, anerkennt. Sie/er verpflichtet sich insbesondere, die von den zuständigen Organen festgelegten Mitgliederbeiträge zu bezahlen, sowie deren Beschlüssen Folge zu leisten.

### FMH Services

Die/der Unterzeichnende erklärt den Beitritt zur Genossenschaft «FMH Services»  ja  nein

Mitglieder profitieren von umfassenden betriebswirtschaftlichen Dienstleistungen im Bereich Praxisgründung, Praxisführung und Praxisauf- bzw. übergabe ([www.fmhservices.ch](http://www.fmhservices.ch)). Die Mitgliedschaft ist unentgeltlich.

### Personalien

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... GLN: .....

**Privatadresse** Strasse/Nr.: .....

PLZ: ..... Ort: .....

**Hinweis:** Adressänderungen geben Sie uns bitte rechtzeitig via myFMH oder per E-Mail an [dIm@fmh.ch](mailto:dIm@fmh.ch) bekannt.

Ort und Datum ..... Unterschrift .....

### Der Beitrittserklärung sind beizulegen:

- **vollständig** ausgefülltes Datenblatt
- **unterzeichnete** Einwilligungserklärung Datenschutz
- Checkliste inklusive **aller** erforderlichen Unterlagen

## Datenblatt

### Weitere persönliche Angaben

Mobiltelefon: .....

E-Mail-Adresse: .....

Korrespondenz-Adresse:  Privatadresse  Berufsadresse (bitte weiter unten angeben)

Muttersprache/n: .....

Fremdsprache/n: .....

Korrespondenz-Sprache:  deutsch  französisch  italienisch

Falls Italienisch nicht verfügbar:  deutsch  französisch

### Berufliche Tätigkeit

Vorübergehend nicht berufstätig ab ..... bis .....

Kantonale Berufsausübungsbewilligung (BAB)  vorhanden  beantragt  keine

Kantonale Zulassung als Leistungserbringer/in zu Lasten der OKP  vorhanden  beantragt  keine

### Spital/Institut/Firma (stationär oder «andere»)

Ärztliche/r Direktor/in ab ..... Pensum: ..... %

Chefärztin/-arzt  Stv. ab ..... Pensum: ..... %

Leitende Ärztin/Leitender Arzt  Stv. ab ..... Pensum: ..... %

Kaderärztin/-arzt ab ..... Pensum: ..... %

Oberärztin/-arzt ab ..... Pensum: ..... %

Spitalfachärztin/-arzt ohne leitende Funktion ab ..... Pensum: ..... %

in Weiterbildung zu Facharzttitel/Schwerpunkt ab ..... bis ..... Pensum: ..... %

Belegärztin/-arzt ab ..... Pensum: ..... %

Konsiliarärztin/-arzt ab ..... Pensum: ..... %

andere Funktion: .....

Spital/Institut/Firma: .....

Abteilung: .....

Strasse/Nr.: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefon (Zentrale): ..... Fax (Zentrale): .....

E-Mail-Adresse (Zentrale): .....

Homepage: .....

## Fortsetzung «Berufliche Tätigkeit»

### Praxis/ambulante Einrichtung

Bisherige oder  gegenwärtige Praxis/ambulante Einrichtung

Eröffnung/Eintritt am: .....

Schliessung/Austritt am: .....

im Spital:  Ja  Nein

Inhaber/in Einzelpraxis

Inhaber/in Gruppen- oder Gemeinschaftspraxis/ambulante Einrichtung

angestellt in **eigener** Praxis/ambulanter Einrichtung

angestellt in Praxis/ambulanter Einrichtung

in Weiterbildung

Pensum: .....% ZSR-Nummer: .....

Name Praxis/Einrichtung: .....

Strasse/Nr.: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail Praxis/Einrichtung: .....

Homepage Praxis/Einrichtung: .....

Praxislabor:  Ja  Nein

Selbstdispensation:  Ja, voll  Ja, eingeschränkt  Nein

Neue oder  zusätzliche Praxis/ambulante Einrichtung

Eröffnung/Eintritt am: .....

Schliessung/Austritt am: .....

im Spital:  Ja  Nein

Inhaber/in Einzelpraxis

Inhaber/in Gruppen- oder Gemeinschaftspraxis/ambulante Einrichtung

angestellt in **eigener** Praxis/ambulanter Einrichtung

angestellt in Praxis/ambulanter Einrichtung

in Weiterbildung

Pensum: .....% ZSR-Nummer: .....

Name Praxis/Einrichtung: .....

Strasse/Nr.: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail Praxis/Einrichtung: .....

Homepage Praxis/Einrichtung: .....

Praxislabor:  Ja  Nein

Selbstdispensation:  Ja, voll  Ja, eingeschränkt  Nein

Wünschen Sie eine Publikation in der SAEZ\*:  Ja  Nein

\* nur bei Neueröffnung durch den Inhaber anzukreuzen

## Einwilligungserklärung Datenschutz

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die FMH meine personenbezogenen Daten entsprechend der auf der Webseite der FMH publizierten Datenschutzerklärung nutzen darf. Insbesondere dürfen meine personenbezogenen Daten zur Erfüllung der Vereinsziele gemäss den Statuten FMH genutzt werden. Dies umfasst z.B. Mitgliederverwaltung, Beitragserhebung, Zugangseinrichtung zum Mitgliederbereich, Adressierung der SAeZ, Datenabgleich mit Basisorganisationen sowie Fachgesellschaften (fachliche Qualifikationen gemäss Weiterbildungsverordnung) und den periodischen Datenabgleich mit anerkannten Dachverbänden (vgl. Statuten FMH, Anhang IIa) und anerkannten Fachgesellschaften (vgl. Statuten FMH, Anhang II) oder den Versand der Vereins-Newsletter, ggf. auch unter Einsatz von Dienstleistern. Ich habe jederzeit das Recht auf Auskunft über meine Daten, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung der Daten. Ich habe verstanden, dass diese Rechte keine uneingeschränkten Rechte sind und Ausnahmen oder Beschränkungen unterliegen können (z.B. wenn meine personenbezogenen Daten für gesetzliche oder vertragliche Verpflichtungen gespeichert oder zu Beweis Zwecken benötigt werden). Die Nutzung meiner freiwilligen Angaben, soweit sie nicht für Abrechnungszwecke erforderlich sind, kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der FMH unter [d1m@fmh.ch](mailto:d1m@fmh.ch) widerrufen.

Zwecks Qualitätssicherung meiner Daten erfolgt ein Datenabgleich zwischen der Basisorganisation, dem Ärzteregeister der FMH und, sofern ich dort Mitglied bin, FMH Services. Dabei werden nur die für diesen Zweck erforderlichen Daten weitergegeben. Die Datenbearbeitung erfolgt entsprechend den Datenschutzbestimmungen dieser Organisationen, und meine Rechte kann ich direkt bei der FMH unter [d1m@fmh.ch](mailto:d1m@fmh.ch), oder FMH Services unter [mail@fmhconsulting.ch](mailto:mail@fmhconsulting.ch) geltend machen.

Ort und Datum .....      Unterschrift .....

## Checkliste erforderliche Unterlagen

Seit dem 01.01.2018 müssen alle in der Schweiz tätigen Ärztinnen und Ärzte im Medizinalberuferegister (MedReg) des Bundes eingetragen sein. Ab dem 01.01.2018 können daher nur noch Ärztinnen und Ärzte als Neumitglieder aufgenommen werden, die

- ein eidgenössisches Arzt Diplom oder
- ein formell durch die MEBEKO anerkanntes EU-Arzt Diplom (Anerkennungsverfügung MEBEKO) oder
- ein MEBEKO-registriertes nicht anerkennbares ausländisches Diplom (Registrierungsverfügung MEBEKO)

ausweisen können.

**Hinweis:** Bitte stellen Sie uns **nur Kopien und keine Originale** zu.

### Ärztinnen/Ärzte mit einem Schweizer Arzt Diplom

Kopie des **eidgenössischen Arzt Diploms**

**und**

**Berufsausübungsbewilligung (BAB)** der kantonalen Gesundheitsdirektion und **gegebenenfalls Zulassung als Leistungserbringer/in zu Lasten der OKP**

**oder**

**Assistenzbewilligung** der kantonalen Gesundheitsdirektion

**oder**

**Anstellungsbestätigung im Gesundheitswesen in der Schweiz**

### Ärztinnen/Ärzte mit einem ausländischen Arzt Diplom

**Hinweis:** Die erforderlichen Unterlagen können in **deutscher, französischer, italienischer oder englischer Sprache** eingereicht werden. **Bei Dokumenten in anderen Sprachen ist eine beglaubigte Übersetzung beizulegen.**

### Ärztinnen/Ärzte mit einem Arzt Diplom aus einem EU-Land

Kopie des **Arzt Diploms (ggf. inkl. Übersetzung)**

**und**

**Anerkennung** des Diploms durch die **Medizinalberufekommission (MEBEKO)**.

### Ärztinnen/Ärzte mit einem Arzt Diplom aus einem Land ausserhalb der EU

Kopie des **Arzt Diploms (ggf. inkl. Übersetzung)**

**und**

**Medreg-Registrierung (Registrierungsverfügung MEBEKO)**.

## Alle Ärztinnen/Ärzte mit einem ausländischen Arzt Diplom

- Berufsausübungsbewilligung (BAB)** der kantonalen Gesundheitsdirektion und **gegebenenfalls Zulassung als Leistungserbringer/in zu Lasten der OKP**

oder

- Assistenzbewilligung** der kantonalen Gesundheitsdirektion

oder

- Anstellungsbestätigung im Gesundheitswesen in der Schweiz**

und

- Letter of good standing**

Bestätigung der zuständigen Behörde, dass im Herkunftsland keine **berufsrechtlichen** Sanktionen vorliegen.

oder

- Anstellungsbestätigung im Gesundheitswesen in der Schweiz für die letzten drei Jahre**