

# FMH-Mitglieder-Datenblatt

## Angaben für den Eintrag in „doctorfmh.ch“:

	bisher:	neu (nur bei Änderung oder Ergänzung ausfüllen):
Name.....:		
Vorname.....:		
Eidgenössisches Staatsexamen.....: (Jahr/Ort)		
Ausländisches Staatsexamen.....: (Jahr/Ort)		
Adresse Praxis oder Arbeitsort.....: (für Nichtberufstätige = Kontaktadresse)		
Telefon.....:		
Telefax.....:		
E-Mail.....:		
Praxistätigkeit.....:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## Angaben für die «FMH-Ärztestatistik» und FMH-internen Gebrauch:

Geburtsdatum:		Dr.-Promotion: (Jahr/Ort)	
Heimatort/-Staat:		Fakultäts-Diplom: (Jahr/Ort)	
AHV-Nummer:		Vorübergehend nicht berufstätig seit:	
<b>Angaben über die Berufstätigkeit:</b>		Definitiv nicht mehr berufstätig seit:	
Berufstätig:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

## Selbständige Berufstätigkeit:

Berufsausübungsbewilligung erforderlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Arbeitspensum für selbständige Berufstätigkeit:
Belegarzt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Konkordats-Nummer:		GLN-Nummer:

## Praxistätigkeit:

Praxisart:	<input type="checkbox"/> Privatpraxis	<input type="checkbox"/> Privatpraxis am Spital	<input type="checkbox"/> Gruppenpraxis
Praxislabor:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Selbstdispensation:	<input type="checkbox"/> voll	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> keine

## Unselbständige Tätigkeit (angestellt):

<input type="checkbox"/> Chefarzt	<input type="checkbox"/> Stv. Chefarzt	<input type="checkbox"/> Leitender Arzt	<input type="checkbox"/> Oberarzt	<input type="checkbox"/> Arzt in FMH-Weiterbildung
andere Spitaltätigkeit:				
andere berufliche Tätigkeiten:				
Arbeitspensum für unselbständige Berufstätigkeit:	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="text"/> in %	

## Angaben über FMH-Mitgliedschaft (diese Angaben werden von der FMH ausgefüllt):

Basisorganisation (VSAO oder Kantonale Ärztesgesellschaft):	FMH-Mitgliederkategorie:	Beitragskategorie:

## Angaben über FMH-Diplome und Zertifikate (diese Angaben werden von der FMH ausgefüllt):

Datum Diplomierung:


Datum: .....

Unterschrift: .....