

# BEITRITTSERKLÄRUNG / ERHEBUNGSBOGEN

**bvkd.**

Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Mielenforster Str. 2  
51069 Köln  
Fon: (0221) 68 90 90  
Fax: (0221) 683204

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. und mache folgende Angaben zu meiner Person:
- Hiermit mache ich folgende Angaben zur Aktualisierung meiner Mitgliedsdaten:

## Angaben zur Person:

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ (nur wenn bekannt bzw. vergeben)  
Name: \_\_\_\_\_  
Titel: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  weiblich  männlich

## Anschriften:

### Privatanschrift:

Adress-Zusatz: \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Rufnummer: \_\_\_\_\_  
Telefaxnummer: \_\_\_\_\_

### Dienstanschrift:

Adress-Zusatz: \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Rufnummer: \_\_\_\_\_  
Telefaxnummer: \_\_\_\_\_

## Allgemeine Angaben:

Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_  
E-mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Internetadresse: \_\_\_\_\_

Die Zeitschrift „Kinder- und Jugendarzt“ ist zu senden an die:

- Privatanschrift  Dienstanschrift

Post ist zu senden an die:

- Privatanschrift  Dienstanschrift

## Beitragszahlung:

- per Einzugsverfahren

Bankbezeichnung: \_\_\_\_\_  
BLZ: \_\_\_\_\_  
Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

- gegen Rechnung

Die Beitragshöhe wird festgelegt auf Grund der folgenden Angaben  
lt. gültiger Beitragsordnung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.

bitte auch 2. Seite ausfüllen

**Berufsausübung (mehrere Angaben möglich):**

**Niedergelassener Arzt seit:** \_\_\_\_\_

- Kassenarzt
- Nur private Kassen
- Einzelpraxis
- Praxisgemeinschaft
- Gemeinschaftspraxis mit: \_\_\_\_\_
- MVZ

- Teilzeittätigkeit
- Zur Weiterbildung zugelassen
- Apparate-Gemeinschaft
- Laborgemeinschaft
- Belegarzt-Tätigkeit
- Jobsharing

**Krankenhausarzt**

- Chefarzt
- Krankenhaus-Direktor
- leitender Arzt
- Oberarzt

**Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst**

**Sonstige ärztliche Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

**Keine Berufsausübung**

**Allgemeine Angaben zur Berufsausübung:**

- Assistenzarzt mit Gebietsanerkennung
- Assistenzarzt in Weiterbildung
- Teilzeittätigkeit
- nebenberufliche Tätigkeit

- angestellt in Krankenhaus/Institut
- angestellt in Praxis
- angestellt in MVZ

**Gebietsbezeichnung:**

- Kinder- und Jugendmedizin
- Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie
- Kinderchirurgie
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Zusatz-Weiterbildungen:**

- Endokrinologie/Diabetologie
- Gastroenterologie
- Nephrologie
- Orthopädie
- Pneumologie
- Rheumatologie

**Schwerpunkte:**

- Kinder-Hämatologie und -Onkologie
- Kinder-Kardiologie
- Neonatologie
- Neuropädiatrie

**Zusatz-Bezeichnungen:**

- Akupunktur
- Allergologie
- Hämostaseologie
- Infektiologie
- Intensivmedizin
- Naturheilverfahren
- Sonstige: \_\_\_\_\_
- Notfallmedizin
- Psychoanalyse
- Psychotherapie
- Schlafmedizin
- Sportmedizin
- Schmerztherapie

**Praxisbesonderheiten (bei niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten):**

- Präsenzlabor
- Größeres eigenes Labor
- Röntgen
- EEG
- EKG
- Sonographie
- Allergologie:  Diagnostik  Therapie
- ADS

- Physikalische Therapie
- Krankengymnastik
- Ergotherapie/Beschäftigungstherapie
- sensomotorische Entwicklungstherapie
- Logopädie
- Mukoviszidose
- Pneumologie
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Mitgliedschaften:**

- DGKJ
- DGSPJ
- Marburger Bund
- Hartmannbund
- NAV Virchow-Bund
- Dt. Ärztinnenbund

**Funktionen:**

- im Bereich d. Ärztekammer: \_\_\_\_\_
- in einer KV: \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Daten in der EDV des BVKJ gespeichert werden.

Ort/Datum

Unterschrift