

# Veränderungsmeldung

Name:.....

Vorname:.....

Bitte zurücksenden an:

Vers.-Nr.:.....

**Ärzteversorgung Land Brandenburg**  
**Postfach 10 01 35**

**03001 Cottbus**

Ich war tätig bis ..... als .....  
(letzter Beschäftigungstag)

Arbeitgeber .....

- Ich bin seit / ab ..... tätig als

niedergelassene(r) Ärztin / Arzt

angestellte (r) Ärztin / Arzt und zwar als .....  
(z. B. AiP, Assistenzarzt, Chefarzt etc.)

- Dienstanschrift: .....

Wehrdienstleistender

Zivildienstleistender

Beamter / Soldat auf .....  
(z. B. Probe, Zeit, Lebenszeit)

Praxisvertreter

Praxisassistent

im Angestelltenverhältnis

auf Honorarbasis

- Ich bin ohne ärztliche Tätigkeit seit / ab .....

mit Leistungsanspruch gegenüber dem Arbeitsamt: .....

Stamm-Nr.: .....

ohne Leistungsanspruch gegenüber dem Arbeitsamt

- Ich bin ohne ärztliche Tätigkeit seit / ab .....wegen Mutterschutz.

- Privatanschrift: .....

- Telefon: .....

- Bemerkungen: .....

.....

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift