

Ärztchammer Niedersachsen
Sachgebiet Meldewesen
Karl-Wiechert-Allee 18-22
30625 Hannover

Bitte
hier das
aktuelle
Foto
einkleben

Antrag auf Ausstellung eines Arztausweises

| | |
|-------------------------|--|
| Titel: | wird von der Ärztekammer ausgefüllt |
| Name: | Arztausweis-Nr.: |
| Vorname: | Ausstellungsdatum: |
| Geburtsdatum: | Gültigkeit: |
| Privatanschrift: | Telefon (privat): |
| | Mobil (privat): |
| | E-Mail (privat) oder Fax (privat) |

Zur Beantragung bitte unbedingt beifügen:

- ein aktuelles Passbild**
Als aktuell wird grundsätzlich ein Lichtbild angesehen, welches dem gegenwärtigen Erscheinungsbild entspricht.
- den bisherigen Arztausweis (soweit vorhanden)
- Ich sende ein aktuelles Passbild per E-Mail an: **meldewesen@aekn.de** zu.

Nur bei Verlust oder Diebstahl des Arztausweises auszufüllen:

- ich versichere, dass ich den Arztausweis ausgestellt von der Ärztekammer _____ verloren habe.
- ich versichere, dass mir der Arztausweis gestohlen wurde. Eine Anzeige wurde bei der Polizeiwache in _____ unter dem Aktenzeichen _____ erstattet.

Ort, Datum

Unterschrift