

# BEITRITTSERKLÄRUNG / ERHEBUNGSBOGEN

- 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:



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

**Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen**

## Angaben zur Person:

**Mitgliedsnummer:** \_\_\_\_\_ (nur wenn bekannt bzw. vergeben)

**Geschlecht:**  weiblich  männlich

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Titel:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Eintrittsdatum:** \_\_\_\_\_

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

- Privatschrift  Dienstanschrift

Post ist zu senden an die:

- Privatschrift  Dienstanschrift

## Anschriften:

### Privatschrift:

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

**Straße/Hausnr.:** \_\_\_\_\_

**Adress-Zusatz:** \_\_\_\_\_

### Dienstanschrift:

**PLZ/ORT:** \_\_\_\_\_

**Straße/Hausnr.:** \_\_\_\_\_

**Adress-Zusatz:** \_\_\_\_\_

## Kommunikation: Privat

**Ruf-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Mobil-Nr.:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

## Kommunikation: Dienst

**Ruf-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Fax-Nr.:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

**Internetadresse:** \_\_\_\_\_

## Berufsausübung (mehrere Angaben möglich):

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

- |                                              |                                                       |                                     |                                              |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kassenarzt          | <input type="checkbox"/> Teilzeittätigkeit            | <input type="checkbox"/> Jobsharing | <input type="checkbox"/> Belegarzt-Tätigkeit |
| <input type="checkbox"/> Nur private Kassen  | <input type="checkbox"/> Zur Weiterbildung zugelassen |                                     | <input type="checkbox"/> Laborgemeinschaft   |
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis        | <input type="checkbox"/> Apparate-Gemeinschaft        |                                     |                                              |
| <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft  |                                                       |                                     |                                              |
| <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis |                                                       |                                     |                                              |
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis        | <input type="checkbox"/> MVZ                          |                                     |                                              |

bitte auch 2. Seite ausfüllen

**Krankenhausarzt**

- Chefarzt     leitender Arzt     Oberarzt     Krankenhaus-Direktor

Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst

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

Keine Berufsausübung

Elternzeit bis: \_\_\_\_\_

Assistenzarzt in Weiterbildung Pädiatrie oder.....

– voraussichtlicher Abschluss der Weiterbildung: **M-J:** \_\_\_\_\_

Arbeitszeit \_\_\_\_\_ **Std./Wo**

angestellt in Krankenhaus/Institut

nebenberufliche Tätigkeit

angestellt in Praxis

angestellt in MVZ

**Allgemeine Angaben zur Berufsausübung / Gebietsbezeichnung**

Assistenzarzt mit Gebietsanerkennung in:  
(abgeschlossen)

Kinder- und Jugendmedizin

Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. –psychotherapie

Kinderchirurgie

**Beitragszahlung:**

**gegen Rechnung**

**per Einzugsverfahren**, bitte das angehängte Sepa-Lastschriftmandat ausfüllen und unterschreiben

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

**Zusatz-Weiterbildungen:**

Endokrinologie/Diabetologie

Gastroenterologie

Nephrologie

Orthopädie

Psychoanalyse

Pneumologie

Rheumatologie

**Zusatz-Bezeichnungen:**

Allergologie

Akupunktur

Hämostaseologie

Infektiologie

Intensivmedizin

Naturheilverfahren

Notfallmedizin

Psychotherapie

Schlafmedizin

Schmerztherapie

Sportmedizin

**Schwerpunkte:**

Kinder-Hämatologie und -Onkologie

Kardiologie

Neuropädiatrie

Neonatologie

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

ADS

Allergologie:  Diagnostik  Therapie

Bewegungstherapie

EEG

EKG

Entwicklungstherapie

Krankengymnastik

Logopädie

Mukoviszidose

Präsenzlabor

Physikalische Therapie

Pneumologie

Röntgen

Sonographie

**Mitgliedschaften:**

Deutsche Gesellschaft (DGKJ)

Hartmannbund

Marburger Bund

Ärztekammern

Dt. Ärztinnenverband

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

Ort/Datum

Unterschrift



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden an:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte  
BVKJ e.V.  
Mielenforster Str. 2  
51069 Köln

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

**Zahlungsempfänger:** Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, BVKJ e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer

**DE06BVK00000569057**

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

--

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis. Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Beitragspflichtiges Mitglied

Name, Vorname	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Mitgliedsnummer im BVKJ e.V.	

### Kontoinhaberin / Kontoinhaber

Name, Vorname (falls abweichend vom Mitglied) bzw. Firma		
Bankverbindung	Kreditinstitut	
	IBAN	
	BIC	



Ort, Datum:



Unterschrift(en) der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers