

## Beitrittserklärung

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Akademischer Titel \_\_\_\_\_  
Facharzt-Titel \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Adresse für Korrespondenz

Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

---

### Angaben zum Beruf

#### 1. Jetzige Funktion (bitte zutreffendes ankreuzen)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> selbständige Praxistätigkeit          | <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt mit abgeschl. Weiterbildung |
| <input type="checkbox"/> Beleg- oder Konsiliarärztin/-arzt     | <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt in Weiterbildung            |
| <input type="checkbox"/> Chefärztin/Chefarzt                   | <input type="checkbox"/> Assistenzärztin/-arzt in Weiterbildung       |
| <input type="checkbox"/> Leitende/r Ärztin/Arzt                | <input type="checkbox"/> Angestellte/r Ärztin/Arzt                    |
| <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt mit besond. Funktion | Firma/Institution: _____  |
| <input type="checkbox"/> _____                                 |   |

#### 2. Vorgesehene Funktion (bitte zutreffendes ankreuzen)

##### a) Selbstständigkeit

- Neueröffnung
- Praxisübernahme von: \_\_\_\_\_
- Gemeinschaftspraxismit: \_\_\_\_\_

**ab wann** (genaues Datum): \_\_\_\_\_

**b) Im Anstellungsverhältnis**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beleg- oder Konsiliarärztin/-arzt     | <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt mit abgeschl. Weiterbildung |
| <input type="checkbox"/> Chefärztin/Chefarzt                   | <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt in Weiterbildung            |
| <input type="checkbox"/> Leitende/r Ärztin/Arzt                | <input type="checkbox"/> Assistenzärztin/-arzt in Weiterbildung       |
| <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt mit besond. Funktion | <input type="checkbox"/> Angestellte/r Ärztin/Arzt                    |

**ab wann** (genaues Datum)

\_\_\_\_\_

**3. Adresse neuer Arbeitsort**

Strasse

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

**4. Arbeitspensum**

\_\_\_\_\_

(in vorgesehener Funktion, allenfalls aufgeteilt auf verschiedene Tätigkeiten)

**Mitglied bei welchem regionalen Ärzteverein?** (bitte zutreffendes ankreuzen)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ärzteverein der Stadt St. Gallen | <input type="checkbox"/> Medizinischer Verein vom Linthgebiet |
| <input type="checkbox"/> Hygieia                          | <input type="checkbox"/> Ärzteverein Werdenberg-Sargans       |
| <input type="checkbox"/> Toggenburger Ärzteverein         | <input type="checkbox"/> Ärzteverein Rorschach-Rheintal       |

wenn nicht, beantragt am

\_\_\_\_\_

Ort und Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_