

Landesärztekammer Thüringen  
Abteilung Meldewesen  
Postfach 100740  
07707 Jena

MGLNR: \_\_\_\_\_

**per Fax an: 03641 614138**  
**per E-Mail: meldewesen@laek-thueringen.de**

### *Änderungsmeldung zur Aktualisierung bei Elternzeit*

Titel, Vorname, Name: \_\_\_\_\_

#### *Aktuelle Privat- bzw. Postanschrift*

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Elternzeit ab bzw. seit** \_\_\_\_\_

**Elternzeit endet zum** \_\_\_\_\_

**Wiederaufnahme der Tätigkeit** \_\_\_\_\_

*Aktuelle Dienstanschrift ab bzw. seit:* .....

Angestelltenverhältnis     Vertragsärztliche Niederlassung     Privatärztliche Niederlassung

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

**Tätigkeit als:** \_\_\_\_\_

**Zeitlicher Umfang:**     Vollzeit     Teilzeit \_\_\_\_\_ Stunden/ Woche

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Dienstvertrag bleibt bestehen**     ja     nein    (unbedingt angeben)

**bzw. endet am/zum** \_\_\_\_\_ (unbedingt angeben)

Datum: \_\_\_\_\_    Unterschrift: \_\_\_\_\_