

Antrag

auf Durchführung einer berufsrechtlichen Prüfung durch die Landesärztekammer Thüringen

1. Antragsteller

_____ Nachname	_____ Vorname	
_____ früherer / Geburtsname	_____ Geburtsdatum	_____ Geburtsort
_____ Straße / Nr.		
_____ PLZ	_____ Ort	
_____ Telefon	_____ E-Mail	

2. Vertreter/Bevollmächtigter des Antragstellers (Der Nachweis ist beizufügen!)

_____ Nachname	_____ Vorname	
_____ früherer / Geburtsname	_____ Geburtsdatum	_____ Geburtsort
_____ Straße / Nr.		
_____ PLZ	_____ Ort	
_____ Telefon	_____ E-Mail	

Stellung zum Patienten

Zur Bearbeitung Ihres Antrages speichert die Landesärztekammer Thüringen die Daten, die Sie uns übermitteln. Zum Datenschutz verweisen wir auf die diesbezügliche Erklärung auf unserer Website (www.laek-thueringen.de/datenschutz.)

4. sonstige Angaben

01. Liegen Ihnen Dokumente vor, die den geschilderten Beschwerdesachverhalt bestätigen?
(Bitte in Kopie beifügen!)

ja nein (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

02. Können Zeugen den geschilderten Beschwerdesachverhalt bestätigen?
(Angabe von Name und Anschrift)

03. Wurde der Beschwerdesachverhalt bereits mit dem Arzt/der Ärztin besprochen? Falls ja, mit welchem Ergebnis? Bitte übersenden Sie den ggfls. vorliegenden Schriftverkehr.

ja nein (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

04. Wurde die Beschwerde bereits bei weiteren Institutionen erhoben? Falls ja, fügen Sie den Schriftwechsel bei.

ja nein (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

05. Ist wegen des Beschwerdesachverhaltes bereits ein Verfahren (Straf-, Zivilprozess oder Schlichtungsverfahren) anhängig (bzw. gewesen)? Falls ja, bitte Aktenzeichen und Gericht/Staatsanwaltschaft/Schlichtungsstelle angeben.

ja nein (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

Aktenzeichen

Gericht/Staatsanwaltschaft/Schlichtungsstelle

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Information über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Landesärztekammer Thüringen (Art. 13, 14 DSGVO) auf der Internetseite www.laek-theuringen.de/datenschutz zur Kenntnis genommen habe und mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten, soweit dies für die Durchführung der berufsrechtlichen Prüfung notwendig ist, einverstanden bin.

Ich/wir unterschreiben diesen Antrag als:

- Patient persönlich
- Gesetzliche Vertreter des Patienten (Eltern)
- bevollmächtigter Vertreter*
- Betreuer*
- sonstige/r Dritte/r

*Der Nachweis ist beizufügen.

Ort, Datum

Unterschrift