

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 Mutterschutz und Elternzeit***

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

**Aktuelle Privat- bzw. Postanschrift**

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

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

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

Angestelltenverhältnis     Vertragsärztliche Niederlassung     Privatärztliche Niederlassung

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

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

Dienststellung: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

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

Beschäftigungsverbot von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Mutterschutz ab bzw. seit: \_\_\_\_\_ (unbedingt angeben)

Elternzeit geplant bis: \_\_\_\_\_ (unbedingt angeben)

Dienstvertrag bleibt bestehen     ja     nein    (unbedingt angeben)

Zeitlicher Umfang nach der Elternzeit     Vollzeit     Teilzeit    \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

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

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