

*\*Angaben unbedingt erforderlich*

.....  
Titel - Vorname – Zuname\*

Geburtsdatum\*:.....

ÖÄK-Arztnummer\*:.....

## Meine persönlichen Daten haben sich wie angegeben geändert. Ich ersuche um Anpassung. Danke!

**Wohnadresse:**  
(inkl. Ort und PLZ)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mobiltelefon 1:**

Telefonische Erreichbarkeit

Handy-App/An-u. Abmeldung

**Mobiltelefon 2:**

Telefonische Erreichbarkeit

Handy-App/An-u. Abmeldung

**Ärzttekammer für:**

\_\_\_\_\_

**Ordinationsadresse:**

\_\_\_\_\_

**Kassenverträge:**

ÖGK

BVAEB

SVS

KFA-G

KFA-W

Wahlarzt ohne jeglichen Kassenvertrag

\_\_\_\_\_

**Bankverbindung:**

**IBAN:**

\_\_\_\_\_

**BIC:**

\_\_\_\_\_

**Kontoinhaber**  
(Kontowortlaut):

\_\_\_\_\_

**bei der Bank:**

\_\_\_\_\_

.....  
Datum

.....  
Unterschrift/Stempel