

## Aufnahmeantrag/Registrierung

Titel:	Name:	Vorname:
Lebenslange Arztnummer:		

Telefon:	Fax:
----------	------

E-mail:	Mobil:
---------	--------

<p><b>Praxisinhaber (Name):</b></p> <p><b>Praxisanschrift (Str., PLZ, Ort):</b></p> <p><b>Betriebsstätten Nummer:</b></p> <p><b>Institutionskennzeichen (9-stellig):</b></p>
--

Gesellschaftsform der Praxis: <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> GbR (BAG) <input type="checkbox"/> GmbH (MVZ) <input type="checkbox"/> Partnerschaft
--

Praxissoftware zur Dokumentation:
-----------------------------------

<p><b>Kassenärztliche Zulassung</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Vollzeit (40 Std.)                              <input type="checkbox"/> Teilzulassung mit einer Stundenanzahl von: _____       </p> <p> <input type="checkbox"/> selbstständig            <input type="checkbox"/> angestellter Arzt            <input type="checkbox"/> Job-Sharing            <input type="checkbox"/> Ermächtigung       </p>
--

Bankverbindung für Mitgliedsbeitrag: <b>IBAN:</b> <b>BIC:</b>  <b>Kontoinhaber:</b>
---

- Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Augen- Verbund- Berlin e.V.
- Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung und die Beitragsordnung in ihrer jeweils geltenden Fassung an.
- Ich habe die Angaben zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß **Anlage 1** zu diesem Aufnahmeantrag erhalten.
- Ich habe die Einverständniserklärung für die Veröffentlichung meiner Kontaktdaten in Zusammenhang mit dem Internet – Auftritt des Augen-Verbund Berlin e.V. gemäß **Anlage 2** erhalten.

**Der Jahresvereinsbeitrag beträgt für: (derzeit lt. Beschluss der Mitgliederversammlung beitragsfrei)**

- Mitglieder ohne operative Tätigkeit** (inkl. Lid-OP und Lasertherapie) **50,00 €**
- Mitglieder mit operativer Tätigkeit** (Cat.-OP, IVOM, Vitrektomie, Glaukom-OP usw.) **250,00 €**

und ist per Einzugsverfahren auf das Vereinskonto bei der Dt. Apotheker- und Ärztebank  
 IBAN: DE67 3006 06012 0006 8809 08, BIC: DAAEDEDXXX einzuzahlen.

Berlin, den

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift d. Mitgliedes)
\_\_\_\_\_  
(Unterschrift d. Vorstandes)

## **Besteht eine Zulassung zum ambulanten Operieren**

ja  nein

## **Behandlungsspektrum der Praxis für ambulante Eingriffe**

- Kataraktchirurgie mit Intraocularlinsenimplantation
- Vitrektomie
- Chirurgische Iridektomie
- Glaukom OP / filtrierend ohne adjuvante medikamentöse Therapie
- Glaukom OP / filtrierend mit Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung
- Glaukom OP /Cyclophoto-bzw. kryokoagulation
- Laserbehandlung bei Diabetes mellitus (auch in Verbindung mit Hypertonus)
- Viskokanalostomie / tiefe Sklerektomie
- medizinische Lidchirurgie Entropium, Ektropium, Tumorentfernung, usw.)
- ästhetische Lidoperationen
- Laser-Iridektomie
- Netzhaut-Laserbehandlung (ohne Diabetes mellitus)
- refraktive Chirurgie (ohne refrakt. Laserchirurgie)
- refraktive Laserchirurgie
- YAG-Laser-Kapsulotomie
- Ablatiochirurgie (OP der Netzhautablösung)
- Intravitreale Injektionen (IVOM)

Alle Angaben dienen der Arbeit des Augen-Verband Berlin e.V.. Wenn der Wunsch zur Löschung besteht, genügt die Information per E-Mail in der Geschäftsstelle:

[doreen.sievert@augenverband-berlin.de](mailto:doreen.sievert@augenverband-berlin.de)

\_\_\_\_\_  
Datum

Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**bitte per Fax zurück an Augen – Verband Berlin e.V.  
030 / 29 777 86 210 z.Hd. Norbert Schwarz:**

[www.augenverband-berlin.de](http://www.augenverband-berlin.de)