

# Ausfüllhilfe zum elektronischen Befreiungsantrag

## Seite 1

Antragstellung zugunsten des Versorgungswerks  
der Ärztekammer Hamburg

VERBUNDEN  
ÄRZTEK  
HAM  
BURG

< Antragsteller    Anschrift    Kontaktdaten    Arbeitgeber    Betriebsstätte    Erwerbstätigkeit

Geben Sie Ihre persönlichen Angaben ein:

Vollständige Mitgliedsnummer ⓘ    Sozialversicherungsnummer bei der DRV-Bund ⓘ

1     2

Vorname ⓘ    Name ⓘ

3    

Namenszusatz ⓘ    Titel

- bitte wählen -   

Vorsatzwort ⓘ    Geschlecht ⓘ

- bitte wählen -    - bitte wählen -

Geburtsname    Staatsangehörigkeit ⓘ

   - bitte wählen -

Geburtsort ⓘ    Geburtsland ⓘ

   - bitte wählen -

Geburtsdatum ⓘ ⓘ

TT.MM.JJJJ

abhängig beschäftigt / selbständig tätig:

Ich bin in der zu befreienden Tätigkeit: ⓘ

4  abhängig beschäftigt  
 selbständig tätig

Bitte treffen Sie eine Auswahl

- 1 Hier geben Sie die vollständige Mitgliedsnummer der Ärztekammer Hamburg an
- 2 Hier geben Sie die Sozialversicherungsnummer der Deutschen Rentenversicherung (DRV-Bund) an
- 3 Persönliche Daten: Hier geben Sie Ihre persönlichen Daten an
- 4 Hier geben Sie abhängig beschäftigt als an

## Seite 2

Geben Sie Ihre Anschrift ein:

Straße ⓘ    Hausnummer ⓘ

Adresszusatz

Ihre Anschrift befindet sich:

innerhalb Deutschlands  
 im Ausland

PLZ ⓘ    Ort ⓘ


ⓘ Pflichtfelder

Zurück    Weiter

Hier geben Sie Ihre private Anschrift an

## Seite 3

Geben Sie Ihre Kontaktdaten ein:

Telefon- oder Mobilfunknummer 

Telefax

E-Mail 

 Wichtiges Feld zur schnelleren Antragsbearbeitung

Zurück

Weiter


Hier geben Sie hier Ihre Telefon- oder Mobilfunknummer und die E-Mail-Adresse an

## Seite 4

Geben Sie die Daten Ihres Arbeitgebers ein:

Firmenname 

Straße 

Hausnummer 

Adresszusatz

Die Anschrift Ihres Arbeitgebers befindet sich:

innerhalb Deutschlands

im Ausland

PLZ 

Ort 

 Wichtiges Feld zur schnelleren Antragsbearbeitung


Zurück

Weiter

Hier geben Sie die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg an

## Seite 5

Geben Sie die Daten Ihrer Betriebsstätte ein:

Betriebsnummer der Betriebsstätte 

1

Prüfen

zurücksetzen

Zurück


Weiter ohne Betriebsnummer

1 Hier geben Sie die Betriebsnummer der Betriebsstätte der Kassenärztliche Vereinigung Hamburg an.

**Betriebsnummer: 15035332**

## Seite 6

Beschreiben Sie hier Ihre Tätigkeit:

Beginn der abhängigen Beschäftigung / selbständigen Tätigkeit 

TT.MM.JJJJ 

ggf. Ende der abhängigen Beschäftigung / selbständigen Tätigkeit

TT.MM.JJJJ 

Bezeichnung der Tätigkeit (maximal 70 Zeichen) 


 Wichtiges Feld zur schnelleren Antragsbearbeitung

Zurück

Weiter

Hier geben Sie die Bezeichnung der Tätigkeit an, z.B. Kinderärztlicher Notdienst in Hamburger KV-Notfallpraxen

## Seite 7

Angaben für Ärzte und Zahnärzte 

Ich übe eine Tätigkeit aus, bei der ärztliche bzw. zahnärztliche Fachkenntnisse aus der akademischen Berufsausbildung angewendet oder mitverwendet werden.

Nein, keine der oben aufgeführten Angaben trifft auf mich zu.

*Hinweis: Sollten Sie sich diesbezüglich nicht sicher sein, so raten wir dazu, mit Ihrer zuständigen Versorgungseinrichtung und/oder Berufskammer Kontakt aufzunehmen.*

Bitte treffen Sie eine Auswahl

 Pflichtfelder


Zurück

Weiter

Hier wählen Sie zwischen den beiden Angaben

## Seite 8


Angaben zum Beginn der Befreiung

Beantragen Sie den Beginn der Befreiung zu einem späteren als den frühestmöglichen Zeitpunkt? 

nein

ja

Bitte treffen Sie eine Auswahl

TT.MM.JJJJ 

 Pflichtfelder

Zurück

Weiter

Hier wählen Sie zwischen den beiden Angaben

## Seite 9

### Angaben zur Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Kammer

Ich bin aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied einer berufsständischen Kammer.  
Bei Befreiungsanträgen von Syndikusrechtsanwälten und Syndikuspatentanwälten, Apothekern und Architekten im gesetzlich vorgeschriebenen Vorbereitungs- oder Anwärterdienst sind keine Angaben erforderlich

Name der berufsständischen Kammer

1 - bitte wählen -

Beginn der Pflichtmitgliedschaft

2 TT.MM.JJJJ

Zurück

Weiter

- 1 Hier geben Sie Ärztekammer Hamburg an
- 2 und den Beginn der Pflichtmitgliedschaft

## Seite 10

### Rückmeldung der DRV-Bund auf Ihren Antrag

Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform. Meine De-Mail-Adresse lautet:

De-Mail ist ein staatlich geprüfter Dienst für rechtssichere Kommunikation im Internet. Die DRV-Bund nutzt diesen Dienst zur sicheren elektronischen Kommunikation mit Ihnen. Wenn Sie eine De-Mail eingeben, so erhalten Sie die Rückmeldung der DRV-Bund in Ihr De-Mail Postfach. Dabei hat eine De-Mail Adresse ein bestimmtes Aussehen: <Vorname>. <Nachname>. <Unterscheidungsmerkmal>@<De-Mail-Anbieter>. de-mail.de, z.B.: erika.mustermann.22@gmx.de-mail.de (Beispiel für eine natürliche Person). Bitte prüfen Sie Ihre E-Mail-Adresse dahin. Falls Sie keine De-Mail besitzen, oder Sie keine elektronische Rückmeldung von der DRV-Bund wünschen, so lassen Sie das Eingabefeld leer. Wenn Sie keine De-Mail eingeben, erhalten Sie die Entscheidung der DRV-Bund in Papierform.

#### Für sehbehinderte Menschen:

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in einer für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar 1

ohne Angabe

1 Pflichtfelder

Zurück

Weiter

Hier wählen Sie die Form der Übermittlung der Dokumente aus