

**Bitte füllen Sie das Formular aus und senden es an Ihre zuständige Kreisstelle der Ärztekammer Nordrhein**

(<https://www.aekno.de/aerztekammer/kreisstellen>).

Name des Ausbildungsbetriebes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

verantwortliche/r Ausbilder /in  
(Ärztin/Arzt):

\_\_\_\_\_

Privatanschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse  
für die Registrierung:

\_\_\_\_\_

Haben Sie bisher ausgebildet?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel des Ausbildungsbetriebes)

**Hinweis:** Ihre Angaben werden auf Plausibilität überprüft und mit Ihren Stammdaten in der Ärztekammer Nordrhein abgeglichen, nur bei eindeutiger widerspruchsfreier Zuordnung, werden Ihnen die Zugangsdaten per E-Mail zugesandt.

Informationen zur Datenverarbeitung können Sie der Datenschutzerklärung entnehmen.  
(<https://mfa.meineaekno.de/datenschutzerklaerung>)