

Personalfragebogen für Neueinstellungen (z. B. angestellte/r Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin)

Arbeitgeber

Angaben zur Person

Name	_____	Höchster Schulabschluss	<input type="checkbox"/> ohne Abschluss
Vorname	_____		<input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschule
Straße, Haus-Nr.	_____		<input type="checkbox"/> mittlere Reife
PLZ/Wohnort	_____		<input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur
Geburtsdatum	_____		
Rentenversicherungs-Nr.	_____	Höchste Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> ohne Abschluss
Liegt Vers.-Nr. <u>nicht</u> vor, bitte angeben			<input type="checkbox"/> anerkannte Berufsausbildung
Geburtsort	_____		<input type="checkbox"/> Bachelor
Geburtsname	_____		<input type="checkbox"/> Diplom/Master/Staatsexamen
Staatsangehörigkeit	_____		<input type="checkbox"/> Promotion
Schwerbehindert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ¹⁾		
IBAN	_____		
BIC (bei ausländischem Kreditinstitut)	_____		
Kreditinstitut	_____		

Steuer

Identifikationsnummer	_____	Dienstverhältnis	<input type="checkbox"/> 1. Dienstverhältnis
			<input type="checkbox"/> weiteres Dienstverhältnis

Sozialversicherung

Krankenkasse	_____		
	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert		
	<input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert	bitte angeben	<input type="checkbox"/> Selbstzahler
	<input type="checkbox"/> privat versichert ²⁾	bitte angeben	<input type="checkbox"/> Firmenzahler
Versorgungswerk	_____		
Mitgliedsnummer	_____	bitte angeben	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Firmenzahler

Beschäftigung

Eintrittsdatum	_____	Tätigkeit	_____
Wochenarbeitsstunden	_____	Arbeitstage (z. B. mo/do)	_____

Kinder³⁾

1. Kind	Vorname	_____	2. Kind	Vorname	_____
	Geb.datum	_____		Geb.datum	_____

Weitere Angaben

Vermögenswirksamen Leistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Arbeitgeberzuschuss	_____ EUR
betriebliche Altersversorgung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Arbeitgeberzuschuss	_____ EUR

Bitte Arbeitsvertrag und ggf. Verträge über Vermögenswirksame Leistungen und betrieblicher Altersversorgung beifügen

¹⁾ bitte Kopie des gültigen Schwerbehindertenausweis beifügen
²⁾ bitte Bescheinigung für den Arbeitgeber über Beiträge zur Kranken-/Pflegeversicherung beifügen
³⁾ bitte Geburtsurkunde in Kopie beifügen; weitere Kinder bitte unter "weitere Angaben" aufführen