

**Arzt ausweis**  
 MEDICAL IDENTITY CARD  
 CARTE D'IDENTITE DE MEDICIN  
 VMOOTOBEPHIE BPAHA



**Landesärztekammer Hessen**  
 NOMENCLATURE GIVEN NAMES PRENOMS NOMBRE NMI  
**Dr. med. Joachim Guenther**  
 NAME SURNAME NOM APELLIDO FAMILIAR  
**Maus**  
 10.10.2024  
 GÜLTIG BIS

Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.  
 Hanauer Landstraße 152 · 60314 Frankfurt  
 Tel.: +49 69 97672-0 · Fax: +49 69 97672-128  
 E-Mail: info@laekh.de · www.laekh.de

DER INHABER DIESER AUSWEIS IST ARZT/ÄRZTIN. THE HOLDER OF THIS CARD IS A PHYSICIAN. LE TITULAIRE DE  
 CETTE CARTE EST MEDICIN. EL TITULAR DE ESTE CARNET ES MEDICO. ВЛАДЕЛЕЦ ЭТОГО УДОКОВЕРЕНИЯ ВРАЧ/ВРАЧКА

EIGENHÄNDIGE UNTERSCHRIFT



**Ausweis-Nr.**  
**060061618**



DIESE KARTE BLEIBT EIGENTUM DER HERAUSGEBER-  
 U.M. ARZTEKAMMER UND IST AUF VERLANGEN  
 ZURÜCKZUGEBEN. DER INHABER DES AUSWEISES  
 MÜSSEN GGF. DURCH VORLAGE EINES GÜLTIGEN  
 MIT LICHTBILD VERSEHENEN DOKUMENTES  
 IDENTIFIZIERTEN. FALLS GEFUNDEN, BITTE ZURÜCK AN  
**Landesärztekammer Hessen**



EFN: 802760600537509