

Abteilung Sicherstellung

## Antrag auf Eintragung in das Arztregister

(Dieser Antrag ist obsolet, wenn Sie bereits im Arztregister einer anderen KV eingetragen sind.)

### ANGABEN ZUR PERSON

\_\_\_\_\_  
Titel / akademischer Grad

\_\_\_\_\_  
Familiename

\_\_\_\_\_  
Vorname(n) Rufname

\_\_\_\_\_  
Geburtstag Geburtsort

Geschlecht  weiblich  männlich  divers  unbestimmt

Staatsangehörigkeit  deutsch  andere  weitere

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit (bei anderen / weiteren) seit

in Deutschland eingebürgert seit vorherige Staatsangehörigkeit

### WOHNORT

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Telefon Telefax

\_\_\_\_\_  
Mobil E-Mail

Ich versichere, dass die von mir in diesem Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Registerstelle für die ärztliche Versorgung mitteilen.

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

## DIESEM ANTRAG FÜGE ICH DIE NACHFOLGEND GENANNTEN UNTERLAGEN BEI:

Beachten Sie hierzu bitte die Hinweise auf der letzten Seite dieses Formulars.

- Geburtsurkunde
- bei Namensänderung: die betreffende Urkunde (z.B. Heiratsurkunde) oder Auszug aus dem Familienbuch
- bei Wechsel der Staatsangehörigkeit: Einbürgerungsurkunde
- Zeugnis letzter Abschnitt der ärztlichen Prüfung (Staatsexamen)
- Approbation (sofern als amtlich beglaubigte Kopie vorgelegt: Beglaubigungsdatum nicht älter als drei Monate)
- Promotionsurkunde und gegebenenfalls weitere akademische Grade oder Titel
- Anerkennung für Gebiets-, Teilgebiets-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung nach Weiterbildungsordnung
- Zeugnisse oder Bescheinigungen über alle bisherigen ärztlichen Tätigkeiten seit dem Staatsexamen  
→ In diesen Zeugnissen / Bescheinigungen müssen die jeweiligen Beschäftigungszeiträume angegeben sein
- Aktuelle Bescheinigung über die derzeitige ärztliche Tätigkeit (nicht älter als drei Monate)
- Falls bereits zugelassen gewesen: Bescheinigung der zuständigen Ärztekammer über Ort und Dauer
- Falls bereits als Vertragsärztin/ -arzt tätig gewesen: Bescheinigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung
- Gegebenenfalls Nachweise zu Berufsverbot, Entzug beziehungsweise Ruhen der Approbation

## ANMERKUNGEN

- Die vorgenannten Unterlagen verbleiben – mit Ausnahme der Originale – bei der durch die Kassenärztliche Vereinigung anzulegenden Registerakte in digitaler Form.
- Für diesen Antrag ist gemäß § 46 Ärzte-ZV eine Gebühr von € 100,00 zu entrichten. Sie erhalten hierüber eine separate Rechnung.

## ABGABE DER ANTRAGSUNTERLAGEN

- Ihre Antragsunterlagen können als **amtlich beglaubigte Abschriften/Kopien** zugesendet werden. Diese können Sie postalisch mit dem Antragsformular zusenden an: KV RLP Postfach 2567 in 55015 Mainz.
- Bitte senden Sie **keine Originale auf dem Postweg** zu.
- Ausnahmsweise können Sie Ihre Antragsunterlagen auch persönlich im Arztregister vorlegen. Neben den vorzulegenden Originaldokumenten bitten wir, auch gleichzeitig eine unbeglaubigte Kopie mitzubringen. Vorgelegte Originale werden in solchen Fällen nach der Einsichtnahme unverzüglich an den Antragsteller zurückgegeben. Die Kopien verbleiben in der Registerakte.
- Bei ausländischen Urkunden und Zeugnissen müssen ergänzend von einem staatlich anerkannten Übersetzer auch beglaubigte Übersetzungen vorgelegt werden.
- Wir bitten Sie um **vorherige Vereinbarung eines Termins** mit unserem Ressort Arztregister. Sie erreichen uns telefonisch unter 06131 326-4400.
- Hinweise zur Beglaubigung finden Sie auf Seite 7.



**TEILNAHME AN DER ÄRZTLICHEN VERSORGUNG**

- Haben Sie die Absicht, demnächst als Vertragsarzt tätig zu werden?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja: Ort

\_\_\_\_\_  
Falls ja: Zeitpunkt

- Haben Sie bereits früher an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen oder nehmen Sie derzeit an der vertragsärztlichen Versorgung teil?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja: in welchem KV-Bereich?

als zugelassener Arzt

\_\_\_\_\_  
Zeitraum: von

\_\_\_\_\_  
Zeitraum: bis

als ermächtigter Arzt

\_\_\_\_\_  
Zeitraum: von

\_\_\_\_\_  
Zeitraum: bis

als angestellter Arzt

\_\_\_\_\_  
Zeitraum: von

\_\_\_\_\_  
Zeitraum: bis

**ANGABEN ZUR APPROBATION**

- Ist Ihnen die Approbation zu irgendeiner Zeit entzogen worden?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja: Zeitraum von

\_\_\_\_\_  
Falls ja: Zeitraum bis

\_\_\_\_\_  
Falls ja: durch welche Stelle?

\_\_\_\_\_  
Falls ja: Grund

- Hat zu irgendeiner Zeit Ihre Approbation geruht?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja: Zeitraum von

\_\_\_\_\_  
Falls ja: Zeitraum bis

\_\_\_\_\_  
Falls ja: Grund

- Ist Ihnen zu irgendeiner Zeit die Berufsausübung als Arzt verboten worden?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja: Zeitraum von

\_\_\_\_\_  
Falls ja: Zeitraum bis

\_\_\_\_\_  
Falls ja: durch welche Stelle?

\_\_\_\_\_  
Falls ja: Grund

## AUFSTELLUNG ÜBER DIE ÄRZTLICHE TÄTIGKEIT SEIT DEM STAATSEXAMEN

- vollständige und chronologische Auflistung
- anzugeben sind auch ärztliche Tätigkeiten bei der Bundeswehr, längere Vertretungen von Ärzten sowie frühere Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Zulassung, Ermächtigung, Anstellung)
- alle aufgelisteten Tätigkeiten müssen durch beigefügte Zeugnisse oder Bescheinigungen belegt werden

<b>1</b>	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	_____		
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
	_____		
	Stellung / Tätigkeit		

<b>2</b>	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	_____		
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
	_____		
	Stellung / Tätigkeit		

<b>3</b>	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	_____		
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
	_____		
	Stellung / Tätigkeit		

<b>4</b>	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	_____		
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
	_____		
	Stellung / Tätigkeit		

<b>5</b>	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	_____		
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
	_____		
	Stellung / Tätigkeit		

**6**

Zeitraum: von \_\_\_\_\_ Zeitraum: bis \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis \_\_\_\_\_

Stellung / Tätigkeit \_\_\_\_\_

**7**

Zeitraum: von \_\_\_\_\_ Zeitraum: bis \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis \_\_\_\_\_

Stellung / Tätigkeit \_\_\_\_\_

**8**

Zeitraum: von \_\_\_\_\_ Zeitraum: bis \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis \_\_\_\_\_

Stellung / Tätigkeit \_\_\_\_\_

**9**

Zeitraum: von \_\_\_\_\_ Zeitraum: bis \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis \_\_\_\_\_

Stellung / Tätigkeit \_\_\_\_\_

**10**

Zeitraum: von \_\_\_\_\_ Zeitraum: bis \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis \_\_\_\_\_

Stellung / Tätigkeit \_\_\_\_\_

**11**

Zeitraum: von \_\_\_\_\_ Zeitraum: bis \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis \_\_\_\_\_

Stellung / Tätigkeit \_\_\_\_\_

## Wichtige Informationen zum Antrag auf Eintragung ins Arztregister

Gemäß § 95 SGB V ist die Arztregistereintragung eine wesentliche Voraussetzung zur Erlangung einer Zulassung als Vertragsarzt. Die Registereintragung ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen, in deren Zuständigkeitsbereich der Wohnsitz des Antragstellers liegt. Bei Wechsel des Wohnortes in einen anderen Zulassungsbezirk kann eine Umschreibung erfolgen. Bei einer Niederlassung in einem anderen Zulassungsbezirk wird eine Umschreibung von Amts wegen vorgenommen.

### DATENSCHUTZ

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung über die Führung des Arzt-/ Psychotherapeutenregisters erhoben.

Das Arzt-/Psychotherapeutenregister wird mittels EDV erstellt. Die Speicherung, Übermittlung und Löschung erfolgt nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften.

Über Art und Umfang der über eine Person geführten Registerdaten erhält die betreffende Person schriftliche Mitteilung.

### BEGLAUBIGUNG

Die vorzulegenden Unterlagen müssen im Original vorgelegt werden. Zur amtlichen Beglaubigung berechtigt sind gemäß § 1 des Landesgesetzes über die Beglaubigungsbefugnis:

- die Ortsbürgermeister und Ortsvorsteher,
- die Verbandsgemeindeverwaltungen und die Gemeindeverwaltungen der verbandsfreien Gemeinden,
- die Stadtverwaltungen der kreisfreien und großen kreisangehörigen Städte,
- die Kreisverwaltungen,
- die Struktur- und Genehmigungsdirektionen,
- die Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion,
- die Direktoren und Präsidenten der Gerichte,
- die Staatsanwaltschaften und Generalstaatsanwaltschaften,
- die Justizvollzugsanstalten,
- die obersten Landesbehörden,
- die landesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen,
- alle übrigen Behörden im Rahmen ihrer sachlichen Zuständigkeit.