

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Karlsruhe
Arztregister
Keßlerstraße 1
76185 Karlsruhe

Absender/Stempel

Arztregister | Telefon 0711 7875-3300 | E-Mail: arztregister@kvbawue.de

Antrag

auf Eintragung in das Arztregister

Titel	Familiename										
Vorname	Rufname										
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Geburtsdatum TTMMJJJJ											Geburtsort
<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers											
Staatsangehörigkeit											
Straße und Hausnummer											
PLZ	Wohnort										
Telefonnummer privat	Telefonnummer geschäftlich										
E-Mail											

- Ich bin zurzeit in keinem Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung eingetragen.
- Ich bin im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung _____ eingetragen*.

* Achtung: In diesem Fall muss kein erneuter gebührenpflichtiger Antrag gestellt werden. Sie können vielmehr mit einem formlosen schriftlichen Antrag in das Arztregister der KVBW umgeschrieben werden.

Die Approbation wurde

- weder entzogen noch zum Ruhen gebracht.
- am durch _____ Behörde entzogen.
- vom bis zum Ruhen gebracht.
Bitte Bescheid beifügen.
- vom bis wurde mir durch _____ die Berufsausübung als Arzt verboten.
Behörde – Bitte Urteil beifügen.

Die für die Eintragung erforderlichen Unterlagen:

- Geburtsurkunde
- bei Namensänderung die betreffende Urkunde bzw. Auszug aus dem Familienbuch
- Zeugnis über die Dritte Ärztliche Prüfung/Staatsexamen/Zeugnis über den Studienabschluss
- Approbationsurkunde (in beglaubigter Form nicht älter als einen Monat)
- Anerkennung über eine erworbene Fachgebiets-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung, fakultative Weiterbildung oder Fachkundenachweis entsprechend der Weiterbildungsordnung
- ggf. Promotionsurkunde, Genehmigungsurkunde zum Führen eines anderen erworbenen akademischen Grades
- ggf. Genehmigungsurkunde zum Führen eines im Ausland erworbenen akademischen Grades
- lückenlose Nachweise (z. B. Zeugnisse, Bescheinigungen) über die ausgeübte ärztliche Tätigkeit seit dem Staatsexamen
- aktuell ausgestellter Nachweis (Zeugnis oder Bescheinigung) über die derzeitige Tätigkeit (nicht älter als 3 Monate)
- ggf. ergänzend beglaubigte Übersetzung fremdsprachiger Urkunden (soweit die Nachweise nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, sind sie zusätzlich in beglaubigter Übersetzung eines staatl. anerkannten Übersetzers vorzulegen.)

sind im **Original** oder in **amtlich beglaubigter Kopie** beigelegt.

Über Art und Umfang der über mich geführten Arztregisterdaten erhalte ich eine entsprechende Mitteilung.

Bei Antragstellung ist gemäß § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV eine Gebühr in Höhe von € 100,00 zu entrichten. Bitte überweisen Sie diese vor Einreichung des Antrags auf folgendes Konto:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG

IBAN: DE96 3006 0601 0005 1334 16

BIC: DAAEDEDXXX

Verwendungszweck: Arztregister Karlsruhe + Name, Vorname

Die Gebühr wurde am überwiesen.

Aufstellung über die ärztliche Tätigkeit seit der bestandenen ärztlichen Prüfung (Tag nach dem dritten Staatsexamen) in lückenloser zeitlicher Reihenfolge bis zum Tag der Antragstellung.

Auch die ärztliche Tätigkeit bei der Bundeswehr, längere Vertretungen sowie frühere Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Zulassung, Beteiligung, Ermächtigung) sind anzugeben!

Zeitraum (TTMMJJJJ)	Stellung/ Tätigkeit	Krankenhaus, Klinik, Amt, Institut, Dienststelle		
		Name	Ort	Abteilung
_____ von _____ bis				
_____ von _____ bis				
_____ von _____ bis				
_____ von _____ bis				
_____ von _____ bis				
_____ von _____ bis				

Zeitraum (TTMMJJJJ)	Stellung/ Tätigkeit	Krankenhaus, Klinik, Amt, Institut, Dienststelle		
		Name	Ort	Abteilung
_____ von _____ bis				
_____ von _____ bis				
_____ von _____ bis				
_____ von _____ bis				
_____ von _____ bis				

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass diese Angaben über die ärztliche Tätigkeit vollständig und abschließend sind.

Ich versichere, dass die von mir im Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Arztregisterstelle mitteilen.

Ort und Datum

Unterschrift