



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Ressort Vertragsärztliche Versorgung
Registerstelle Dresden
PF 11 64
09070 Chemnitz

Posteingangsstempel

A N T R A G auf Eintragung in das Arztregister der KassenzÄrztlichen Vereinigung Sachsen

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen (Originale oder amtlich beglaubigte Kopien) beizufügen:

- Geburtsurkunde, Namensänderungsurkunde, Einbürgerungsurkunde
- Staatsexamen
- Approbationsurkunde
- Diplomurkunde
- Promotionsurkunde
- Urkunden über weitere akademische Titel
- Urkunde zum Führen einer Gebietsbezeichnung (Facharzt)
- Urkunde zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung
- Urkunde zum Führen einer Zusatzbezeichnung
- Arbeitsverträge/Bescheinigungen/Zeugnisse entspr. Anlage 1 über die ärztliche Tätigkeit nach dem Staatsexamen

Nach Eingang der vollständigen Unterlagen erhalten Sie eine Rechnung über die Antragsgebühr in Höhe von €100,00 (gemäß § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV). Die Eintragung wird erst nach dem Begleichen dieser Rechnung wirksam.

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| Name: | | |
| Vornamen: | | |
| Rufname: | | |
| Titel: | | |
| Geburtsdatum: | | |
| Geburtsort: | | |
| Geschlecht: | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich |
| Staatsangehörigkeit: | | |
| Wohnanschrift: Straße, Nr. PLZ, Ort | | |
| Telefon: | Vorwahl: | Ruf-Nr.: |
| E-Mail: | | |
| Ausbildungsdaten: Staatsexamen Approbation Med. Promotion | am: am: am: | Ort: durch: |
| weiterer akad. Titel: | am: | als: |
| Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen: | am: am: am: | als als: als: |
| Zusatzbezeichnungen: | am: am: am: | als als: als: |
| Fremdsprachenkenntnisse (allgemein) Sprache: Sprache: Sprache: | Fremdsprachenkenntnisse zur Behandlung von Patienten Sprache: Sprache: Sprache: | |

Welche Tätigkeit üben Sie zurzeit aus?

.....
Tätigkeit/ Dienststellung:

.....
Beschäftigungsort / Dienststelle:

Haben Sie bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen
oder nehmen Sie zurzeit an der vertragsärztlichen Versorgung teil?

nein ja

Falls ja, im Bereich der KV:

Als ermächtigter Arzt von: bis

Lebenslange Arztnummer:

Sind Sie bereits in ein Arztregister eingetragen? ja nein

Arztregisterstelle:

Eintragungs-Nr.:

Sind Sie zurzeit niedergelassen/
in eigener Praxis tätig? ja nein

Falls ja, seit wann?

Haben Sie die Absicht, demnächst an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen?

nein ja, in eigener Niederlassung
 als angestellter Arzt im MVZ bzw. in einer Praxis

Falls ja, wurde ein entsprechender Antrag gestellt?

nein ja

Falls ja, bei welcher KV?

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes

Anlage

Anlage 1

zum Antrag auf Eintragung in das Arztregister

Ärztliche Tätigkeit seit dem Staatsexamen

(Bitte in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge angeben. Auch die Tätigkeit bei der Bundeswehr, längere Vertretungen von Ärzten oder frühere vertragsärztliche Tätigkeit bitte angeben.)

Hinweis: Die Vorlage der entsprechenden Bescheinigungen bzw. Zeugnisse sind im Original bzw. als amtlich beglaubigte Kopie erforderlich.

| von - bis | Dienststellung/Tätigkeit | Arbeitgeber/Dienststelle/Krankenhaus | | | Vollzeit | Teilzeit |
|-----------|--------------------------|--------------------------------------|-----|-----------|----------|----------|
| | | Name | Ort | Abteilung | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes