



Posteingangstempel

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

Diesem Antrag füge ich folgende Unterlagen (Original oder amtlich beglaubigte Kopien) bei:

- Geburtsurkunde, Namensänderungsurkunde, Einbürgerungsurkunde
- Approbationsurkunde
- Staatsexamen
- Diplomurkunde
- Promotionsurkunde
- Urkunden über weitere akademische Titel
- Urkunde zum Führen einer Gebietsbezeichnung (Facharzt)
- Urkunde zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung
- Urkunde zum Führen einer Zusatzbezeichnung
- Bescheinigungen bzw. Zeugnisse über die ärztliche Tätigkeit nach dem Staatsexamen
- Nachweis der Überweisung der Antragsgebühr in Höhe von 100,00 € (gemäß § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV)

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.:
Ausbildungsdaten: Staatsexamen Approbation Med. Promotion	am:	Ort: durch:
weiterer akad. Titel:	am:	als:
Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen:	am:	als
	am:	als:
	am:	als:
Zusatzbezeichnungen:	am:	als
	am:	als:
	am:	als:
Fremdsprachenkenntnisse (allgemein) Sprache: Sprache: Sprache:	Fremdsprachenkenntnisse zur Behandlung von Patienten Sprache: Sprache: Sprache:	

Welche Tätigkeit üben Sie zur Zeit aus ?

.....
Tätigkeit/ Dienststellung:

.....
Beschäftigungsort / Dienststelle:

Haben Sie bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen
oder nehmen Sie zur Zeit 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?

Arztregisterstelle:

Eintragungs-Nr.:

Sind Sie zur Zeit niedergelassen? ja nein

Falls ja, seit wann?

Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Vertragsarzt niederzulassen

nein ja

Falls ja, wurde ein Zulassungsantrag gestellt?

nein ja

Falls ja, bei welcher KV?

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes

Ärztliche Tätigkeit seit dem Staatsexamen

(Bitte in lückenloser Reihenfolge angeben. Auch die ärztliche Tätigkeit bei der Bundeswehr, längere Vertretung 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	Dienststelle/ Krankenhaus			Vollzeit	Teilzeit
		Name	Ort	Abteilung.		

.....
Unterschrift des Arztes