



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN  
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

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

Posteingangsstempel

## **A N T R A G** auf Eintragung in das Arztregister der Kassenärztlichen 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.

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

