



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

BEZIRKSGESCHÄFTSSTELLE CHEMNITZ

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz
Abteilung Sicherstellung
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.:
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 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

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