



ANTRAG auf Eintragung in das Arztregister der KV Brandenburg

Diesem Antrag füge ich folgende Unterlagen **im Original** -einschließlich einer Kopie- oder **als amtlich beglaubigte** Schwarz-Weiß-Kopien bei:

- Geburtsurkunde und ggf. Urkunde bei Namensänderung
ggf. Einbürgerungsurkunde
Bitte beachten Sie, dass Personenstandsurkunden nur vom jeweils zuständigen Standesamt ausgestellt oder beglaubigt werden dürfen.
- Zeugnis der Ärztlichen Prüfung (Diplom, Hochschulabschluss)
- Approbation als Arzt
Bitte beachten Sie, dass die amtliche Beglaubigung der Approbationsurkunde max. 3 Monate alt sein sollte.
- Medizinische Promotion
bzw. Urkunden, die zum Führen anderer Titel berechtigen
- Anerkennung für eine bestimmte Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung
- Arbeitsbescheinigungen bzw. -zeugnisse über die bisherige ärztliche Tätigkeit nach bestandener ärztlicher Prüfung bis zum Tag der Antragstellung, einschließlich eines aktuellen Nachweises über die derzeitige Tätigkeit (in ausländischer Sprache ausgestellte Zeugnisse sind in einer, von einem beeidigten Übersetzer erstellten Fassung vorzulegen)
Bitte beachten Sie, dass Arbeitsverträge, Lohnbescheinigungen, Logbücher etc. nicht ausreichend sind.

Hinweise:

1. Die vorgenannten Unterlagen verbleiben, mit Ausnahme der Originale, in der hier anzulegenden Registerakte
2. Für diesen Antrag ist eine Gebühr von **100,00 €** gemäß § 46, 1 Ärzte-ZV zu entrichten
Die Rechnungslegung über die zu entrichtende Gebühr erhalten Sie in einem gesonderten Schreiben.

Ich versichere, dass die von mir in dem Antrag gemachten Angaben mit den beigelegten Unterlagen übereinstimmen.

Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Arztregisterstelle mitteilen.

 Ort, Datum

 Unterschrift und Stempel

Prüfvermerk:

(wird von der KV ausgefüllt)

Der Antragsteller erfüllt – nicht – die Voraussetzungen und ist – nicht – in das Arztregister einzutragen.

 Datum

 Unterschrift

8	3									
										ENR
										LANR

getönte Felder werden von der KV ausgefüllt

Lebenslange Arztnummer (falls vorhanden)

Familienname	Geburtsname									
Titel										
Vornamen										
Geburtsdaten	Geburtsstag TTMMJJ					Geburtsort				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich									
Staatsangehörigkeit jetzt	Staat					seit				
Wohnort	PLZ					Ort				
Straße, Nr.										
Telefon	Vorwahl-Nr.					Ruf-Nr.				
Telefax										
Email										
Praxis	PLZ					Ort				
Straße, Nr.										
Telefon	Vorwahl-Nr.					Ruf-Nr.				
Staatsexamen	am TTMMJJ					in				
Approbation						durch				
Med. Promotion						durch				
Anerkennung zum Führen einer Facharztbezeichnung und ggf. Schwerpunktbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung						als				
						als				
						als				

Sind Sie bereits in ein Arztregister eingetragen?	AR-Stelle					Eintragungs-Nr.				
	seit					als				
Zurzeit niedergelassen?										

Eingetragen am					
----------------	--	--	--	--	--

Anerkennung zum Führen einer Zusatzbezeichnung bzw. fakultativen Weiterbildung oder Fachkunde nach der Weiterbildungsordnung	am TTMMJJ	als
		als
		als
		als
		als
		als

Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse? Falls ja, welche?	Sprache:	<input type="checkbox"/> diagnosefähig
	Sprache:	<input type="checkbox"/> diagnosefähig
	Sprache:	<input type="checkbox"/> diagnosefähig
	Sprache:	<input type="checkbox"/> diagnosefähig
	Sprache:	<input type="checkbox"/> diagnosefähig

Anerkannte Schwerbehinderung *(Beantwortung freiwillig)*

Erwerbsminderung: _____ %

von welcher Stelle anerkannt: _____

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

ja
 nein

Falls ja, im Bereich der KV _____

als zugelassener Arzt von _____ bis _____

als ermächtigter Arzt von _____ bis _____

als angestellter Arzt in zugelassener Einrichtung nach § 95 Abs. 2 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V von _____ bis _____

als angestellter Arzt bei einem Vertragsarzt von _____ bis _____

Haben Sie die Genehmigung zur Ausübung besonderer ärztlicher Tätigkeiten oder Behandlungsverfahren? (erteilt durch eine Kassenärztliche Vereinigung)	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
	7.
	8.

Ist Ihnen die Approbation zu irgendeiner Zeit entzogen worden?

- ja
 nein

Falls ja, von welcher Stelle: _____

für welchen Zeitraum von _____ bis _____

Grund: _____

Ist zu irgendeiner Zeit das Ruhen Ihrer Approbation angeordnet worden?

- ja
 nein

Falls ja, von welcher Stelle: _____

für welchen Zeitraum von _____ bis _____

Grund: _____

Ist Ihnen die Berufsausübung als Arzt aufgrund gesetzlicher Bestimmungen zu irgendeiner Zeit untersagt worden?

- ja
 nein

Falls ja, von welcher Stelle: _____

für welchen Zeitraum von _____ bis _____

Grund: _____

Welche ärztliche Tätigkeit üben Sie zurzeit hauptberuflich aus?

Tätigkeit/Dienststellung: _____

Beschäftigungsort/Dienststelle: _____

Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Vertragsarzt niederzulassen, bzw. anderweitig an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen (bspw. als angestellter Arzt in einer Praxis/MVZ)?

- ja
 nein

Falls ja, voraussichtlich

wann _____

wo _____

als _____

**Aufstellung
über die bisherige Tätigkeit seit dem Staatsexamen in lückenloser und
zeitlicher Reihenfolge**

*Auch die ärztliche Tätigkeit bei der Bundeswehr, längere Vertretungen von Ärzten sowie frühere Teilnahme
an der vertragsärztlichen Versorgung (Zulassung, Ermächtigung) sowie Zeiten ohne ärztliche Tätigkeit sind
anzugeben!*

vom – bis (TTMMJJJJ)	Stellung/Tätigkeit	Krankenhaus, Klinik, Amt, Institut, Dienststelle		
		Name	Abteilung	Ort