

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Arztregister
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Absender/Stempel

Antrag

auf Eintragung in das Arztregister

Titel

Familienname

Vorname

Rufname

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschlecht

männlich

weiblich

Staatsangehörigkeit

PLZ, Wohnort

Straße, Nr.

Telefon Privat

Telefon geschäftlich

Email

- Ich bin zurzeit in keinem Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung eingetragen.
- Ich bin im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung _____ eingetragen.

Die Approbation wurde

- weder entzogen noch zum Ruhen gebracht
- am _____ durch das _____ entzogen.
(Behörde)
- für den Zeitraum vom _____ bis _____ zum Ruhen gebracht.
(Bitte Bescheid beifügen)
- für den Zeitraum vom _____ bis _____ wurde mir durch
_____ die Berufsausübung als Arzt/Ärztin verboten.
(Behörde) Bitte Urteil beifügen

Die für die Eintragung erforderlichen Unterlagen:

- Geburtsurkunde
- bei Namensänderung die betreffende Urkunde bzw. Auszug aus dem Familienbuch
- Zeugnis über die Dritte Ärztliche Prüfung/Staatsexamen
- ggf. Erlaubnisbescheide gemäß § 10 Bundesärzteordnung
- Approbationsurkunde
- Anerkennung über eine erworbene Fachgebiets-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung, fakultative Weiterbildung oder Fachkundenachweis entsprechend der Weiterbildungsordnung
- ggf. Promotionsurkunde, Genehmigungsurkunde zum Führen eines anderen erworbenen akademischen Grades
- ggf. Genehmigungsurkunde zum Führen eines im Ausland erworbenen akademischen Grades
- lückenlose Nachweise (z.B. Zeugnisse, Bescheinigungen) über die ausgeübte ärztliche Tätigkeit seit dem Staatsexamen
- aktuell ausgestellter Nachweis (Zeugnis oder Bescheinigung) über die derzeitige Tätigkeit (nicht älter als 3 Monate)
- ggf. ergänzend beglaubigte Übersetzung fremdsprachiger Urkunden (soweit die Nachweise nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, sind sie zusätzlich in beglaubigter Übersetzung eines staatl. anerkannten Übersetzers vorzulegen.)

sind im **Original** beigelegt.

Über Art und Umfang der über mich geführten Arztregisterdaten erhalte ich eine entsprechende Mitteilung.

**Mit der Antragstellung ist eine Gebühr von € 100,00 zu entrichten. Diese bitten wir auf das Konto Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE96 3006 0601 0005 1334 16
BIC: DAAEDEDXXX
Verwendungszweck „Arztregister Freiburg“ zu überweisen.**

Aufstellung über die ärztliche Tätigkeit seit der bestandenen ärztlichen Prüfung (Tag nach dem dritten Staatsexamen) in lückenloser zeitlicher Reihenfolge bis zum Tag der Antragstellung.

Auch die ärztliche Tätigkeit bei der Bundeswehr, längere Vertretungen sowie frühere Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Zulassung, Beteiligung, Ermächtigung) sind anzugeben!

Zeitraum (TT.MM.JJJJ)	Stellung/Tätigkeit	Krankenhaus, Klinik, Amt, Institut, Dienststelle		
		Name	Ort	Abteilung
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				

Zeitraum (TT.MM.JJJJ)	Stellung/Tätigkeit	Krankenhaus, Klinik, Amt, Institut, Dienststelle		
		Name	Ort	Abteilung
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass diese Angaben über die ärztliche Tätigkeit vollständig und abschließend sind.

Ich versichere, dass die von mir in dem Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Arztregisterstelle mitteilen.

Ort und Datum

Unterschrift