

**Wichtiger Hinweis!**  
Bitte vor Ausdruck des Formulars  
den zuständigen Regierungsbezirk  
auswählen (Ort des Wohnortes).

Bitte auswählen (anhand Ihres Wohnortes):

- Arztregister Freiburg  
(für den Regierungsbezirk Freiburg)
- Arztregister Karlsruhe  
(für den Regierungsbezirk Karlsruhe)
- Arztregister Reutlingen  
(für den Regierungsbezirk Tübingen)
- Arztregister Stuttgart  
(für den Regierungsbezirk Stuttgart)

Arztregister | Telefon 0711 7875-3300 | E-Mail: [arztregister@kvbawue.de](mailto:arztregister@kvbawue.de) | arztregister@kvbw.kim.telematik

# Antrag

auf Eintragung in das Arztregister als

- Arzt       Psychologischer Psychotherapeut       Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

- Ich bin zurzeit in **keinem** Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung eingetragen.

Hinweis: Sie sind im Arztregister einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung eingetragen? In diesem Fall müssen Sie nicht diesen gebührenpflichtigen Antrag stellen. Bitte schicken Sie uns in diesem Fall einen **formlosen schriftlichen Antrag**. Wir schreiben Sie dann in das Arztregister der KVBW um.

Titel	Familienname		
Vorname(n)	Rufname		
Geburtsdatum	TTMMJJJJ	Geburtsort	
<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> divers	Staatsangehörigkeit
Straße und Hausnummer			
PLZ	Wohnort		
Telefonnummer privat	Telefonnummer mobil		
E-Mail privat			

## Die Approbation wurde

weder entzogen noch zum Ruhen gebracht.

am   
TTMMJJJJ durch \_\_\_\_\_ entzogen.

vom   
TTMMJJJJ bis   
TTMMJJJJ zum Ruhen gebracht.  
Bitte Bescheid beifügen.

vom   
TTMMJJJJ bis   
TTMMJJJJ wurde mir durch

Behörde \_\_\_\_\_ die Berufsausübung als Arzt/PP/KJP verboten.  
Bitte Bescheid beifügen.

## Die für die Eintragung erforderlichen Unterlagen:

### ▪ Geburtsurkunde

- ggf. bei Namensänderung die entsprechende Urkunde bzw. Auszug aus dem Familienbuch
- Nachweis über den **Studienabschluss** (bei Ärzten: Zeugnis über die dritte ärztliche Prüfung/Staatsexamen; bei Psychotherapeuten: Diplom- bzw. Bachelor-, Masterurkunde)
- bei Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten:  
**Zeugnis über die staatliche Prüfung**
  - ggf. bei einem ausländischen Studienabschluss Vorlage einer Gleichwertigkeitsfeststellung des Dekans einer deutschen Fakultät oder eines deutschen Kultusministeriums
  - **Approbationsurkunde** (falls in Form einer amtlich beglaubigten Kopie: nicht älter als drei Monate)
  - 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 oder Genehmigungsurkunde zum Führen eines im Ausland erworbenen akademischen Grades
  - lückenlose **Nachweise** (z. B. Zeugnisse, Bescheinigungen) über die ausgeübte ärztliche bzw. psychotherapeutische Tätigkeit seit dem Staatsexamen/Studienabschluss
  - **aktuell ausgestellter Nachweis** (Zeugnis oder Bescheinigung) über die derzeitige Tätigkeit (nicht älter als drei Monate)
  - ggf. ergänzend Übersetzung fremdsprachiger Urkunden (soweit die Nachweise nicht in deutscher Sprache aufgestellt sind, ist zusätzlich die Übersetzung eines in Deutschland staatlich anerkannten Übersetzers vorzulegen)

**Bitte beachten Sie:** Die Dokumente sind **im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie** (bspw. Beglaubigung durch Stadt bzw. Gemeinde, Notariate oder Gerichte) beizufügen. Tätigkeitsnachweise können als einfache Kopie eingereicht werden.

Über Art und Umfang der geführten Arztregisterdaten wird nach Eintragung eine entsprechende Mitteilung („Auszug aus dem Arztregister“) an Sie versandt.

**Mit der Antragstellung ist gemäß § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV eine Gebühr in Höhe von 100 Euro zu entrichten.** Diese bitten wir auf das folgende Konto der KVBW zu überweisen:

**Empfänger: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg**

**IBAN: DE96 3006 0601 0005 1334 16**

**BIC: DAAEDEDXXXX** (Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG)

**Verwendungszweck: Arztregister + Bezirksdirektion**, bei der der Antrag gestellt wurde (Freiburg, Karlsruhe, Reutlingen oder Stuttgart) + **Nachname Antragsteller**

Die Gebühr wurde am   
überwiesen.

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

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

Zeitraum (TT.MM.JJJJ)	Stellung/ Tätigkeit	Krankenhaus/Klinik/Amt/Institut/Dienststelle o. ä.		
		Name	Ort	Abteilung
von <hr/>				
bis <hr/>				
von <hr/>				
bis <hr/>				
von <hr/>				
bis <hr/>				
von <hr/>				
bis <hr/>				
von <hr/>				
bis <hr/>				
von <hr/>				
bis <hr/>				

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass diese Angaben über die ärztliche/psychotherapeutische Tätigkeit vollständig und abschließend sind. Ich versichere, dass die von mir im Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Arztregisterstelle mitteilen.

- Hiermit beantrage ich** neben der Eintragung in das Arztregister **die Eintragung in die Warteliste\*** gemäß § 103 Abs. 5 SGB V für alle Planungsbereiche in Baden-Württemberg
- entsprechend meiner Fachrichtung
  - zusätzlich für folgendes Fachgebiet aufgrund vorhandener Qualifikation \_\_\_\_\_

Falls Sie sich als Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung in die Warteliste eintragen, bitte wählen Sie:

- hausärztliche Versorgung     fachärztliche Versorgung

---

Ort und Datum

**Unterschrift**

---

**\* Hinweise zur Warteliste:**

Die Eintragung in die Warteliste ist für Sie kostenfrei und ausschließlich vorteilhaft. In Hinblick auf eine spätere Niederlassung oder Anstellung ist die Dauer der Eintragung in die Warteliste eines der Auswahlkriterien bei einer Auswahlentscheidung durch den Zulassungsausschuss. Mit dem Wartelisteneintrag ist keinerlei Verpflichtung zur Niederlassung oder ein weiterführender Anspruch verbunden.