

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 | 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

☐ männlich ☐ weiblich ☐ 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

Behörde																			
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 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: DAAEDEDXXX (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
<div>_____</div> <div>von</div> <div>_____</div> <div>bis</div>				
<div>_____</div> <div>von</div> <div>_____</div> <div>bis</div>				
<div>_____</div> <div>von</div> <div>_____</div> <div>bis</div>				
<div>_____</div> <div>von</div> <div>_____</div> <div>bis</div>				
<div>_____</div> <div>von</div> <div>_____</div> <div>bis</div>				
<div>_____</div> <div>von</div> <div>_____</div> <div>bis</div>				
<div>_____</div> <div>von</div> <div>_____</div> <div>bis</div>				

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

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.