

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		_____ Familiename	
_____ Vorname(n)		_____ Rufname	
Geburtsdatum		_____ Geburtsort	
TTMMJJJJ			
<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			

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 _____ bis				
_____ von _____ bis				
_____ von _____ bis				
_____ von _____ bis				
_____ von _____ bis				
_____ von _____ bis				

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.