KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Ressort Vertragsärztliche Versorgung
Registerstelle Dresden
PF 11 64
09070 Chemnitz

A N T R A G – auf Eintragung in das Arztregister

ANGABEN ZUR PERSON

Titel / akademischer Grad

Familienname

Vorname(n) | Rufname

Geburtstag | Geburtsort

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ unbestimmt

Staatsangehörigkeit ☐ deutsch ☐ andere ☐ weitere

Staatsangehörigkeit (bei anderen / weiteren) | seit

☐ in Deutschland eingebürgert | seit | vorherige Staatsangehörigkeit

WOHNANSCHRIFT

PLZ | Ort

Straße

Telefon | Mobil

E-Mail

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

Ort, Datum | Unterschrift

DIESEM ANTRAG SIND FOLGENDE UNTERLAGEN (ORIGINALE ODER AMTLICH BEGLAUBIGTE KOPIEN) BEIZUFÜGEN:

Beachten Sie hierzu bitte die Hinweise auf der letzten Seite dieses Formulars.

☐ Geburtsurkunde, Namensänderungsurkunde, Einbürgerungsurkunde

☐ Staatsexamen

☐ Approbationsurkunde
(sofern als amtlich beglaubigte Kopie vorgelegt: Beglaubigungsdatum nicht älter als drei Monate)

☐ Diplomurkunde

☐ Promotionsurkunde

☐ Urkunden über weitere akademische Titel

☐ Urkunde zum Führen einer Gebietsbezeichnung (Facharzt)

☐ Urkunde zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung

☐ Urkunde zum Führen einer Zusatzbezeichnung

☐ Arbeitsverträge/Bescheinigungen/Zeugnisse entspr. Anlage über die ärztliche Tätigkeit nach dem Staatsexamen

ANMERKUNGEN

- Die vorgenannten Unterlagen verbleiben – mit Ausnahme der Originale – bei der durch die Kassenärztliche Vereinigung anzulegenden Registerakte.
- Nach Eingang der vollständigen Unterlagen erhalten Sie eine Rechnung über die Antragsgebühr in Höhe von €100,00 (gemäß § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV). Die Eintragung wird erst nach dem Begleichen dieser Rechnung wirksam.

PERSÖNLICHE ABGABE DER ANTRAGSUNTERLAGEN

- In der Regel legen Sie Ihre Antragsunterlagen persönlich im Arztregister vor. Vorgelegte Originale werden in solchen Fällen nach der Einsichtnahme und der Anfertigung von Kopien für die Registerakte unverzüglich an den Antragssteller zurückgegeben.
- Bei ausländischen Urkunden und Zeugnissen müssen ergänzend von einem staatlich anerkannten Übersetzer beglaubigte Übersetzungen vorgelegt werden.
- Wir bitten Sie um **vorherige Vereinbarung eines Termins** mit unserem Ressort Vertragsärztliche Versorgung Fachbereich Arztregister. Sie erreichen uns telefonisch unter 0351 8290-72112.
- Ausnahmsweise können **amtlich beglaubigte Abschriften/Kopien** akzeptiert werden. Diese können Sie auch postalisch mit dem Antragsformular zusenden an: KV Sachsen Postfach 11 64 in 09070 Chemnitz.
- Bitte senden Sie **keine Originale auf dem Postweg** zu.

ANGABEN ZUR AUS- UND WEITERBILDUNG

■ Staatsexamen / letzter Abschnitt der ärztlichen Prüfung

Datum _____ Ort / Hochschule _____

■ Med. Promotion

Datum _____ als _____

weiterer akademischer Titel _____

■ Approbation

Datum _____ Approbationsstelle _____

■ Gebietsbezeichnung

Datum _____ Bezeichnung _____

Datum _____ Bezeichnung _____

Datum _____ Bezeichnung _____

■ Schwerpunktbezeichnung

Datum _____ Bezeichnung _____

Datum _____ Bezeichnung _____

Datum _____ Bezeichnung _____

■ Zusatzbezeichnung

Datum _____ Bezeichnung _____

Datum _____ Bezeichnung _____

Datum _____ Bezeichnung _____

TEILNAHME AN DER ÄRZTLICHEN VERSORGUNG

- Welche Tätigkeit üben Sie zurzeit aus?

Tätigkeit / Dienststellung

Beschäftigungsort / Dienststelle

- Sind Sie bereits in ein Arztregister eingetragen? ☐ ja ☐ nein

Arztregisterstelle

Eintragungsnummer

FREMDSPRACHENKENNTNISSE (GUTE KENNTNISSE FÜR DIAGNOSE UND BEHANDLUNG)

Die Angabe ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Sprache(n) diagnosefähig:

Ärztliche Tätigkeit seit dem Staatsexamen

(Bitte in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge angeben. Auch die Tätigkeit bei der Bundeswehr, längere Vertretungen von Ärzten oder frühere vertragsärztliche Tätigkeit bitte angeben.)
Hinweis: Die Vorlage der entsprechenden Bescheinigungen bzw. Zeugnisse sind im Original bzw. als amtlich beglaubigte Kopie erforderlich.

von - bis	Dienststellung/Tätigkeit	Arbeitgeber/Dienststelle/Krankenhaus			Vollzeit	Teilzeit
		Name	Ort	Abteilung		

Ort, Datum

Unterschrift

Wichtige Informationen zum Antrag auf Eintragung ins Arztregister

Gemäß § 95 SGB V ist die Arztregistereintragung eine wesentliche Voraussetzung zur Erlangung einer Zulassung als Vertragsarzt. Die Registereintragung ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen, in deren Zuständigkeitsbereich der Wohnsitz des Antragstellers liegt. Bei Wechsel des Wohnortes in einen anderen Zulassungsbezirk kann eine Umschreibung erfolgen. Bei einer Niederlassung in einem anderen Zulassungsbezirk wird eine Umschreibung von Amts wegen vorgenommen.

DATENSCHUTZ

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf Grundlage der §§ 95,98 SGB V i. V. m. Ärzte-ZV erhoben und im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben verarbeitet.

Die Datenverarbeitung ist nach Art. 6 Abs. 1 S. 1c) DSVO für die Aufgabenerfüllung der KVS erforderlich. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter www.kvsachsen.de.