

# ANTRAG auf Eintragung in das Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

Gemäß § 95 SGB V ist die Arztregistereintragung eine wesentliche Voraussetzung für die Zulassung oder Anstellung als Vertragsarzt. Die Registereintragung ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen, in deren Zuständigkeitsbereich der Wohnsitz des Antragstellers liegt.

## Persönliche Abgabe der Antragsunterlagen

Es besteht die Möglichkeit, dass Sie Ihre Antragsunterlagen persönlich im Arztregister vorlegen. Originale werden in solchen Fällen nach Einsichtnahme und Anfertigung von Kopien für die Registerakte unverzüglich an Sie zurückgegeben.

Sollten Sie hiervon Gebrauch machen wollen, bitten wir um vorherige Vereinbarung eines Termins mit den Mitarbeitern des Arztregisters. Sie erreichen diese über Telefon 04551 883 254.

## I Persönliche Angaben zum Antragsteller

Titel												
Name / ggf. Geburtsname												
Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)												
Geschlecht		männlich					weiblich					
Lebenslange Arztnummer (LANR) (falls bekannt)												<b>Hinweis:</b> Nur die ersten sieben Ziffern sind lebenslang.
Anschrift Erstwohnsitz	PLZ, Ort											
	Straße, Nr.											
geboren am												in
Staatsangehörigkeit seit												Staat:

## II Unterlagen / Gebühren

Zum Antrag sind folgende Unterlagen einzureichen: (Originale oder ausnahmsweise <u>amtlich</u> beglaubigte Kopien)	ist beigefügt	wird nachgereicht
Geburtsurkunde / ggf. Urkunde über Namensänderung		
Approbationsurkunde ( <b>ausschließlich im Original</b> )		
Urkunden über erworbene akademische Titel		
Facharztanerkennung und - falls vorhanden - Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen / Fachkundenachweise / Nachweise über fakultative Weiterbildungen		
Bescheinigungen bzw. Zeugnisse über die Tätigkeiten seit dem Staatsexamen bis zum heutigen Tag (Arbeitsverträge sind <b>nicht</b> ausreichend)		

**Die genannten Unterlagen verbleiben - mit Ausnahme der Originale - bei der anzulegenden Registerakte.**

Für diesen Antrag ist eine Gebühr von **100,00 EUR** zu entrichten.

Bitte überweisen Sie auf das Konto der KVSH bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank  
IBAN DE72 3006 0601 0701 2313 59 - BIC DAAEDEDXXX.

Verwendungszweck: **01-AR Name, Vorname**

### III weitere Angaben

Staatsexamen am		in
In welchen <b>Fremdsprachen</b> besitzen Sie ausreichende Kenntnisse, um eine Diagnose zu erstellen und eine Behandlung durchzuführen?		

Ich bin zurzeit in keinem Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung eingetragen.

Ich bin im Arztregister der KV \_\_\_\_\_ eingetragen.

**Meine Approbation** wurde

weder entzogen noch zum Ruhen gebracht.

für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ zum Ruhen gebracht.  
(bitte Bescheid beifügen)

am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_ entzogen.  
(Behörde)

Für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wurde mir durch \_\_\_\_\_ die Berufsausübung als Arzt verboten.  
(Gericht/Behörde - bitte Urteil/Bescheid beifügen)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben und deren Übereinstimmung mit den beigefügten Unterlagen.

Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Arztregisterstelle mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Für (auch spätere) Rückfragen bitte angeben (freiwillig, für die Eintragung nicht erforderlich).

Telefon / Handy	
E-Mail	@

# AUFSTELLUNG

## über Ihre Tätigkeit seit dem Staatsexamen bis dato in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge

Auch die ärztliche Tätigkeit bei der Bundeswehr, längere Vertretungen von Ärzten sowie frühere Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Zulassung, Anstellung, Ermächtigung) sind anzugeben! **Bitte führen Sie auch Zeiten nichtärztlicher Tätigkeiten mit auf.**

von	bis	Arbeitgeber	Stellung/Tätigkeit	Ort
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				