



A n t r a g

auf Eintragung in das Arztregister

Diesem Antrag füge ich folgende Unterlagen im **Original** und in unbeglaubigter Fotokopie bei:
(Die Originalunterlagen werden unmittelbar nach Einsichtnahme zurückgesandt)

Geburtsurkunde

Urkunde über die Namensänderung

Zeugnis über die Ärztliche Prüfung

Approbation als Arzt

Med. Promotion

Anerkennung für eine bestimmte Gebietsbezeichnung-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung

Bescheinigungen bzw. Zeugnisse über die bisherigen Tätigkeiten als Arzt seit dem Staatsexamen

Anmerkung: 1. Die vorgenannten Unterlagen verbleiben - mit Ausnahme der Originale - bei der hier anzulegenden Registerakte

2. Bei Antragstellung ist gem. § 46 Abs. 1 a der Ärzte-ZV eine Gebühr von 100,-- EUR zu entrichten. Bankverbindung Deutsche Apotheker- u. Ärztebank e.G., Dortmund, Kto.-Nr. 2613123; BLZ 44060604, **Verwendungszweck: Arztregistergebühr**

Ich versichere, dass die von mir in dem Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen.

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

Ort, Datum

Unterschrift u. Stempel

Prüfvermerk:

Der Antragsteller erfüllt - nicht - die Voraussetzungen und ist - nicht - in das Arztregister einzutragen.

Datum

Unterschrift

Die grau getönten Felder werden von der Registerstelle ausgefüllt!

111	Familienname		
112	Titel		
113	Vornamen		
114	Geburtsdaten	Geburtstag	Geburtsort
115	Geschlecht	männlich	weiblich
117	Staatsangehörigkeit jetzt	Staat	seit

211	Wohnort	PLZ	Ort
212	Straße, Nr.		
213	Telefon	Vorwahl-Nr.	Ruf-Nr.
213 a	Telefax	Vorwahl-Nr.	Ruf-Nr.
213 b	Mobil	Vorwahl-Nr.	Ruf-Nr.
213 c	E-Mail		
221	Praxis	PLZ	Ort
222	Straße, Nr.		
223	Telefon	Vorwahl-Nr.	Ruf-Nr.

311	Staatsexamen	am	in
312	Approbation	am	durch
313	Med. Promotion	am	
321	Anerkennung zum Führen einer Gebiets- und ggf. Schwerpunkts oder Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung	am	als
322		am	als
323		am	als
324		am	als
325		am	als
326	am	als	
412	Sind Sie bereits in ein Arztregister eingetragen ? Ggf. bitte AR-Auszug beifügen	AR -Stelle	Eintragungs-Nr.
413	z.Zt. niedergelassen	am	als

001	AR	
002	ENR	
003	ANR	
411	Datum der Eintragung	
Die getönten Felder werden von der Registerstelle ausgefüllt!		

Sind Sie z.Zt. an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt? → ja: nein:
 Falls ja, durch wen?: _____
 → Rechtsgrundlage Ä-ZV

601 1-3	Seit wann?	am _____	als Arzt für _____
601 4	Rechtsgrundlage:		
601 5	Leistungsumfang:		

621 622 623 624 625 626 627 628	Haben Sie die Genehmigung zur Ausübung besonderer ärztlicher Tätigkeiten oder Behandlungsverfahren?	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____
721 722 723 724 725	Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse zur Durchführung von Patientenbehandlungen? Falls ja, welche?	Sprache: _____ Sprache: _____ Sprache: _____ Sprache: _____ Sprache: _____

A	Bestand bereits eine Zulassung als Vertragsarzt? → → ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/> “ “ Ermächtigung Ä-ZV ? → → ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/> Falls ja, vom - bis _____ AR-Stelle _____ Grund für die Beendigung:
B	Ist Ihnen die Approbation zu irgendeiner Zeit entzogen worden? → ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/> Falls ja, von welcher Stelle: _____ für welchen Zeitraum: _____ Grund:
C	Hat Ihre Approbation geruht? → → ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/> Falls ja, für welchen Zeitraum: _____ Grund:
D	Ist Ihnen die Berufsausübung als Arzt auf Grund gesetzlicher Bestimmungen zu irgendeiner Zeit untersagt worden? → → ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/> Falls ja, von welcher Stelle: _____ für welchen Zeitraum: _____ Grund:
E	Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Vertragsarzt niederzulassen? ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/> Falls ja, voraussichtlich wann: _____ wo: _____ als: _____

