



## Antrag auf Eintragung in das Arztregister

KVWL  
Team Genehmigungen Ärzte  
Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6  
44141 Dortmund

---

### ANGABEN ZUR PERSON

Lebenslange Arztnummer (LANR - falls vorhanden)

akademischer Grad/Titel

Vorname(n)

Rufname

Familienname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschlecht

männlich

weiblich

(aktuelle) Staatsangehörigkeit

seit dem

### WOHNORT/KONTAKTDATEN

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

Telefax

Mobil

E-Mail

**DEM ANTRAG SIND FOLGENDE UNTERLAGEN IM ORIGINAL BEIZUFÜGEN;  
AUSNAHMSWEISE KÖNNEN AUCH AMTLICH BEGLAUBIGTE ABSCHRIFTEN  
AKZEPTIERT WERDEN:**

- Geburtsurkunde
- Urkunde(n) über Namensänderung(en) (sofern vorhanden)  
Alternativ können Sie auch einen entsprechenden Nachweis aus dem Personenstandsregister oder Ihren aktuellen Personalausweis einreichen, sofern aus diesem alle Namensführungen (Geburtsname, Familienname, Vornamen) ersichtlich sind.
- Zeugnis über die Ärztliche Prüfung **oder** Diplom
- Promotionsurkunde/Nachweis(e) über die Berechtigung zum Führen akademischer Grade/Titel (sofern vorhanden)
- Deutsche Approbation als Arzt/Ärztin
- Facharzturkunde(n)
- Urkunde(n) über abgeschlossene Weiterbildung(en) (gemäß der Weiterbildungsordnung einer deutschen Ärztekammer)
- Zeugnisse/Bescheinigungen über die bisherige ärztliche Tätigkeit seit dem Staatsexamen/Diplom bis zur Antragstellung

#### **Anmerkungen**

- Die oben genannten Unterlagen/Dokumente verbleiben - mit Ausnahme von Originalen - bei der Registerstelle.
- Bei Antragstellung ist gemäß § 46 Abs. 1a Ärzte-ZV eine Gebühr in Höhe von 100,- EUR auf folgendes Konto zu entrichten:  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Dortmund  
IBAN DE82 3006 0601 0002 6131 23  
BIC DAAEDEDXXX  
Diese Gebühr muss unbedingt mit der Angabe „Arztregistergebühr“ und dem Namen des Antragstellers überwiesen werden. Wir bitten Sie, die Gebühr nicht vor, sondern **nach** der Antragstellung/Antragsabgabe zu überweisen, da sonst eine korrekte Zuordnung durch unsere Buchhaltung nicht möglich ist.
- Weitere hilfreiche Tipps und Anmerkungen zur Antragstellung finden Sie auf unserer Homepage ([www.kvwl.de](http://www.kvwl.de)).

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## ANGABEN ZUR AUS- UND WEITERBILDUNG

- **Staatsexamen (letzter Abschnitt der ärztlichen Prüfung) / Diplom**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort/Hochschule

- **Med. Promotion**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort/Hochschule

- **Approbation**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
durch (Ausstellungsorgan)

- **Gebietsbezeichnung/Schwerpunktbezeichnung/Zusatz-Weiterbildung (gemäß WBO)**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung

## **FREMSPRACHENKENNTNISSE (KENNTNISSE AUSREICHEND FÜR DIAGNOSE UND BEHANDLUNG)**

Die Angabe ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Sprache

\_\_\_\_\_  
Sprache

\_\_\_\_\_  
Sprache

\_\_\_\_\_  
Sprache

## TEILNAHME AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

- **Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Vertragsarzt niederzulassen?**  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja: Ort / Niederlassung als...

\_\_\_\_\_  
Falls ja: Zeitpunkt

- **Sind Sie bereits in einem Arztregister eingetragen?**  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja: KV/Registerstelle

\_\_\_\_\_  
Eintragungsnummer

- **Haben Sie bereits früher an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen oder nehmen Sie derzeit an der vertragsärztlichen Versorgung teil?**  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja: In welchem KV-Bereich?

als zugelassener Arzt

\_\_\_\_\_  
von

\_\_\_\_\_  
bis

als ermächtigter Arzt

\_\_\_\_\_  
von

\_\_\_\_\_  
bis

als angestellter Arzt

\_\_\_\_\_  
von

\_\_\_\_\_  
bis

## ANGABEN ZUR APPROBATION

- **Ist Ihnen die Approbation zu irgendeinem Zeitpunkt entzogen worden?**

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja: von

\_\_\_\_\_  
bis

\_\_\_\_\_  
Falls ja: durch welche Stelle?

\_\_\_\_\_  
Grund

- **Hat Ihre Approbation zu irgendeiner Zeit geruht?**

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja: von

\_\_\_\_\_  
bis

\_\_\_\_\_  
Grund

- **Ist Ihnen zu irgendeiner Zeit die Berufsausübung als Arzt untersagt worden?**

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja: von

\_\_\_\_\_  
bis

\_\_\_\_\_  
Falls ja: durch welche Stelle?

\_\_\_\_\_  
Grund

