



Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
**Team Genehmigungen Ärzte**  
Robert-Schimrigk-Straße 4 – 6  
44141 Dortmund

**Tel.:** 0231/9432 3787  
**Fax:** 0231/9432-87054

## Antrag auf Eintragung in das Arztregister

### Angaben zur Person<sup>1</sup>

<b>Lebenslange Arztnummer:</b> (LANR - falls vorhanden)			
<b>Akademischer Grad/Titel:</b>			
<b>Name:</b>			
<b>Geburtsname:</b>			
<b>Vorname(n):</b>			
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Geburtsort:</b>	
<b>Geschlecht:</b>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
<b>(Aktuelle) Staatsangehörigkeit:</b>		<b>seit dem:</b>	

### Aktueller Wohnort

<b>PLZ/Ort:</b>	
<b>Straße/Hausnr.:</b>	

<sup>1</sup> Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird davon abgesehen, bei Fehlen einer geschlechtsneutralen Formulierung sowohl die männliche als auch weitere Formen anzuführen. Die in diesem Antrag gewählten männlichen Formulierungen gelten deshalb uneingeschränkt auch für die weiteren Geschlechter.

## Kontaktdaten

Telefon:		Mobil:	
----------	--	--------	--

Telefax:		E-Mail:	
----------	--	---------	--

Dem Antrag sind folgende Unterlagen im Original beizufügen, ausnahmsweise können auch amtlich beglaubigte Abschriften akzeptiert werden:

- Geburtsurkunde (oder entsprechender Nachweis aus dem Personenstandsregister) gegebenenfalls Urkunde über Namensänderung (zum Beispiel Heiratsurkunde, Auszug aus dem Familienbuch). Alternativ kann der aktuelle Personalausweis vorgelegt werden, wenn alle Namensführungen (Geburtsname, Familienname, Vornamen) daraus ersichtlich sind.
- Zeugnis über Ärztliche Prüfung **oder** Diplom
- Approbationsurkunde
- Promotionsurkunde/Nachweis(e) über die Berechtigung zum Führen akademischer Grade/Titel (**sofern vorhanden**)
- Facharzturkunde(n)
- Urkunde(n) über abgeschlossene Weiterbildung(en) nach der Weiterbildungsordnung einer deutschen Ärztekammer
- Zeugnis(se)/Bescheinigung(en) 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 KVWL.
- Bei Antragstellung ist nach § 46 Abs. 1a Ärzte-ZV eine Gebühr in Höhe von 100,-EUR auf folgendes Konto zu entrichten:  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Dortmund  
IBAN DE82300606010002613123  
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.
- Wenn die formellen und materiellen Voraussetzungen erfüllt sind und die Antragsgebühr eingegangen ist, erhalten Sie einen Bescheid über die Eintragung.
- Weitere hilfreiche Tipps und Anmerkungen zur Antragstellung finden Sie auf unserer Homepage ([www.kvwl.de](http://www.kvwl.de)).

## Angaben zur Aus- und Weiterbildung

<b>•</b>	<b>Staatsexamen</b> (letzter Abschnitt der ärztlichen Prüfung) / Diplom	Datum:	
		Ort:	
<b>•</b>	<b>Approbation</b>	Datum:	
		Approbationsbehörde:	
<b>•</b>	<b>Promotion (optional)</b>	Datum:	
		Ort:	
<b>•</b>	<b>Facharztanerkennung(en)</b> (nach WBO)	Datum:	
		Bezeichnung:	
		Datum:	
		Bezeichnung:	
<b>•</b>	<b>Schwerpunkt- bezeichnung(en)</b> (nach WBO)	Datum:	
		Bezeichnung:	
		Datum:	
		Bezeichnung:	
<b>•</b>	<b>Zusatzweiterbildung(en)</b> (nach WBO)	Datum:	
		Bezeichnung:	
		Datum:	
		Bezeichnung:	

## Fremdsprachenkenntnisse (für Diagnose und Behandlung) Die Angabe ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Sprache:	
Sprache:	
Sprache:	
Sprache:	

## Teilnahme an der (vertrags-)ärztlichen Versorgung

<b>• Haben Sie die Absicht, demnächst vertragsärztlich tätig zu werden?</b>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
---	--------------------------	----	--------------------------	------

Niederlassung bzw. Anstellung als:

Tätigkeitsort:

Voraussichtliche Tätigkeitsaufnahme am:

<b>• Sind Sie bereits in einem Arztregister eingetragen?</b>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--	--------------------------	----	--------------------------	------

KV/Registerstelle:

Eintragungsnummer:

## Angaben zur Approbation

<b>• Ist Ihnen die Approbation zu irgendeinem Zeitpunkt entzogen worden?</b>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--	--------------------------	----	--------------------------	------

Zeitraum:

von:

bis:

Durch welche Stelle?

Grund:

<b>• Hat Ihre Approbation zu irgendeiner Zeit geruht?</b>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
---	--------------------------	----	--------------------------	------

Zeitraum:

von:

bis:

Grund:

•	Ist Ihnen zu irgendeiner Zeit die Berufsausübung als Arzt verboten worden?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
---	--	--------------------------	----	--------------------------	------

Zeitraum:	von:	bis:
-----------	------	------

Durch welche Stelle?
----------------------

Grund:	

Ich versichere, dass die von mir in diesem Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen werde ich unverzüglich dem Team Genehmigungen Ärzte mitteilen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

