



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

Tel.: 0231/9432 3787
Fax: 0231/9432-87054
E-Mail: Genehmigungen-Aerzte@kvwl.de

Antrag auf Eintragung in die Warteliste der KVWL

Hinweis: Sofern Sie nicht im Arztregister der KVWL eingetragen sind, fügen Sie bitte einen **aktuellen** Arztregisterauszug Ihrer KV bei. Ohne Vorlage eines Arztregisterauszuges ist die Eintragung in die Warteliste **nicht** möglich.

Angaben zur Person¹

| | | | |
|--|--|----------------|--|
| Name: | | | |
| Vorname(n): | | | |
| PLZ/Ort: | | | |
| Straße/Hausnr.: | | | |
| Arztregistereintragung bei folgender KV: | | | |
| Eintragsnummer (ENR): | | Eintragsdatum: | |

¹ 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.

Ich beantrage die Eintragung in die Warteliste für das Bedarfsplanungsgebiet*

| | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Humangenetiker | <input type="checkbox"/> | Pathologen |
| <input type="checkbox"/> | Laborärzte | <input type="checkbox"/> | Physikalische und Rehabilitations-Mediziner |
| <input type="checkbox"/> | Neurochirurgen | <input type="checkbox"/> | Strahlentherapeuten |
| <input type="checkbox"/> | Nuklearmediziner | <input type="checkbox"/> | Transfusionsmediziner |

Ort, Datum

Unterschrift / ggf. Stempel

*Zutreffendes bitte ankreuzen!