

**Antrag
auf Eintragung in das Arztregister
des Zulassungsbezirks der Kassenärztlichen
Vereinigung Saarland**

Name/Titel..... Vorname.....
bitte in Großbuchstaben ausfüllen

Diesem Antrag sind gemäß § 4 Ärzte-ZV folgende Unterlagen **im Original** oder ausnahmsweise als **amtlich beglaubigte** Fotokopien (Stadt, Gemeinde oder Notar) beizufügen:

		Für interne Vermerke
<input type="checkbox"/>	Geburtsurkunde	
<input type="checkbox"/>	Heiratsurkunde bei Änderung des Familiennamens	
<input type="checkbox"/>	Zeugnis über die ärztliche Prüfung (Staatsexamen)/Diplom im Ausland	
<input type="checkbox"/>	Approbation als Arzt	
<input type="checkbox"/>	Medizinische Promotion	
<input type="checkbox"/>	Zeugnisse bzw. Bescheinigungen über die ärztliche Tätigkeit nach bestandener ärztlicher Prüfung	
Gebietsanerkennung, Aus- und Weiterbildungsnachweise:		
<input type="checkbox"/>	Fachgebiet	
<input type="checkbox"/>	Schwerpunktbezeichnung	
<input type="checkbox"/>	Zusatzbezeichnung	
<input type="checkbox"/>	Fachkundenachweis	
<input type="checkbox"/>	Fakultative Weiterbildung	
<input type="checkbox"/>	Antragsgebühr gemäß § 46 Abs. 1a Ärzte-ZV in Höhe von € 100,-- (zu entrichten auf eines der u. a. Konten)	

Vorgelegte Originalunterlagen werden nach erfolgter Eintragung zurückgegeben.

~~~~~

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 Arztregisterstelle mitteilen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

| Bank 1 Saar                   | Commerz-Bank AG                | Dt. Apotheker- u. Ärztebank    | Sparkasse Saarbrücken          |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| IBAN<br>DE2759190000000852007 | IBAN<br>DE73590400000539828400 | IBAN<br>DE33300606010101068520 | IBAN<br>DE24590501010000560540 |
| BIC SABADE55                  | BIC COBADEFF590                | BIC DAAEDEDXXX                 | BIC SAKSDE55XXX                |

|                                                      |                                                                     |            |      |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------|------|
| <b>Familienname</b><br>(bei Heirat auch Geburtsname) |                                                                     |            |      |
| <b>Titel</b>                                         |                                                                     |            |      |
| <b>Vornamen</b>                                      |                                                                     |            |      |
| <b>Geburtsdaten</b>                                  |                                                                     |            |      |
|                                                      | Geburtstag                                                          | Geburtsort | Land |
| <b>Geschlecht</b>                                    | männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> |            |      |
| <b>Staatsangehörigkeit</b>                           |                                                                     |            |      |
|                                                      | Staat                                                               | seit       |      |
| <b>Wohnort</b>                                       |                                                                     |            |      |
|                                                      | PLZ                                                                 | Ort        |      |
| <b>Straße, Nr.</b>                                   |                                                                     |            |      |
| <b>Telefon</b>                                       |                                                                     |            |      |
|                                                      | Vorwahl                                                             | Rufnummer  |      |
| <b>E-Mail</b>                                        |                                                                     |            |      |

|                               |    |       |
|-------------------------------|----|-------|
| <b>Staatsexamen</b>           |    |       |
|                               | am | in    |
| <b>Approbation</b>            |    |       |
|                               | am | durch |
| <b>Medizinische Promotion</b> |    |       |
|                               | am | durch |

| <b>Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung/Ärzte</b>                                                                                       |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| <b>1. Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen</b>                                                                                              |     |     |
|                                                                                                                                              | am  | als |
|                                                                                                                                              |     |     |
|                                                                                                                                              | am  | als |
| <b>2. Zusatzbezeichnungen</b>                                                                                                                |     |     |
|                                                                                                                                              | als |     |
|                                                                                                                                              |     |     |
|                                                                                                                                              | als |     |
| <b>3. Sonstige Anerkennungen</b><br>(z.B. Fakultative Weiterbildung,<br>Fachkundenachweise)<br><br>(außer Rettungsdienst und Strahlenschutz) |     |     |
|                                                                                                                                              | am  | als |
|                                                                                                                                              | am  | als |

|                                                                                                                    |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Fremdsprache(n)</b><br>(in der Sie ausreichende Kenntnisse besitzen, um eine Patientenversorgung durchzuführen) | Sprache:                                                  |
|                                                                                                                    | Sprache:                                                  |
|                                                                                                                    | Sprache:                                                  |
| <b>Kann eine Patientenversorgung in Gebärdensprache durchgeführt werden?</b>                                       | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |

|                                                                       |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Ist Ihnen die Approbation zu irgendeiner Zeit entzogen worden?</b> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <b>Falls ja, von welcher Stelle:</b>                                  |                                                           |
| <b>Für welchen Zeitraum?</b>                                          |                                                           |
| <b>Grund:</b>                                                         |                                                           |

|                                        |                                                           |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Hat Ihre Approbation geruht?</b>    | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <b>Falls ja, für welchen Zeitraum?</b> |                                                           |
| <b>Grund:</b>                          |                                                           |

|                                                                          |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Sind Sie z. Zt. für die vertrags-ärztliche Versorgung ermächtigt?</b> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <b>Falls ja, durch wen?</b><br>(ggf. Bescheid beifügen)                  |                                                           |

|                                                                               |      |
|-------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Vertragsarzt niederzulassen?</b> |      |
| ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>                     |      |
| <b>Falls ja, voraussichtlich</b>                                              |      |
|                                                                               | wann |
|                                                                               | wo   |
|                                                                               | als  |

