



**Antrag auf Eintragung in das  
Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen**

Diesem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:

(An Stelle von Originalen können amtlich beglaubigte Kopien beigefügt werden.)

- Geburtsurkunde, ggf. Heiratsurkunde/Auszug aus dem Familienbuch
- Staatsexamen
- Approbation als Arzt
- Med. Promotion
- Anerkennung für eine bestimmte Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung nach der gültigen Weiterbildungsordnung
- Bescheinigungen bzw. Zeugnisse (keine Arbeitsverträge) über die bisherige Tätigkeit als Medizinalassistent, Arzt im Praktikum und Arzt seit dem Staatsexamen (ggf. sind Zeugnisse in einer von einem beeidigten Übersetzer erstellten Fassung vorzulegen)
  
- Falls bereits niedergelassen oder niedergelassen gewesen; Bescheinigung der zuständigen Ärztekammer über Ort und Dauer
- Falls bereits als Kassenarzt zugelassen gewesen, Bescheinigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung

**Anmerkung:**

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

**Für diesen Antrag ist gemäß § 46 (1) a) Ärzte-ZV - mit der Antragstellung eine Gebühr von EURO 100,- fällig.**

Der Betrag kann in bar bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstr. 26/28 eingezahlt oder auf das Bankkonto bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Bremen, (BLZ 300 606 01), Konto-Nr. 000 2224 666 mit dem Vermerk "Arztregister" überwiesen werden.

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

Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Arztregisterstelle der KV Bremen mitteilen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Familienname													
Titel													
Vornamen													
Geburtsdaten	Geburtstag:												
	Geburtsort:												
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>												
Staatsangehörigkeit jetzt	Staat: _____ seit: _____												
Wohnort	PLZ												Ort
Straße, Nr.													
Telefon	Vorwahl-Nr.												
	Ruf-Nr.												
e-mail (Eintrag erfolgt nach Zulassung in HB)													
homepage (Eintrag erfolgt nach Zulassung in HB)													
Staatsexamen	am												in
Approbation	am												durch
Med. Promotion	am												durch
Anerkennung zum Führen einer Gebiets- und ggf. Teil- gebietsbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung	am												als
	am												als
	am												als
	am												als
	am												als
	am												als
	am												als
	am												als
	am												als

Sind Sie zur Zeit für die vertragsärztliche Versorgung ermächtigt? ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/>
Falls ja, durch wen?

Seit wann?	am	als Arzt für
	<input type="text"/>	
Rechtsgrundlage		
Leistungsumfang		

Haben Sie eine Fachkunde zur Ausübung besonderer ärztlicher Tätigkeiten oder Behandlungsverfahren? Wenn ja, welche?	1.
	2.
	3.
	4.
Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse? Falls ja, welche?	5.
	Sprache:

Anerkannte Schwerbeschädigung:*)	Erwerbsminderung	Von welcher Stelle anerkannt?
Bestand bereits eine Zulassung als Vertragsarzt	ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/>	
Bestand bereits eine Ermächtigung Ä-ZV	ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/>	
Falls ja, vom	bis	AR-Stelle
Grund für die Beendigung:		
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:		
Hat Ihre Approbation geruht? ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/>		
Falls ja, für welchen Zeitraum?		
Grund:		
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:		
Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Vertragsarzt niederzulassen?*) ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/>		
Falls ja, voraussichtlich wann:		
wo:		
als:		

\*) Beantwortung freiwillig

