

Antrag auf Eintragung in das Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

Gebühren:

Mit der Antragsstellung wird eine Gebühr fällig (§ 46 Abs. 1 Buchst. a Ärzte-ZV), die hiermit angefordert wird. (Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66. Bitte als Verwendungszweck „Arztregisterantrag“ angeben)

Ich habe die Antragsgebühr von 100 Euro

überwiesen am _____ (der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen!)

Diesem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:

(An Stelle von Originalen können amtlich beglaubigte Kopien beigelegt 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.

Ich versichere, dass die von mir im Antrag gemachten Angaben mit den beigelegten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Arztregisterstelle der KV Bremen mitteilen.

Datenschutzerklärung:

Ich habe die Datenschutzerklärung der KV Bremen gelesen und bin damit einverstanden.

(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	
Belegte Facharztaus- und Weiterbildung gem. WBO WICHTIG! Bitte geben Sie an, nach welcher WBO (Jahr) Sie Ihre Qualifikation erworben haben. Diese Angaben sind für eine spätere Niederlassung / Ermächtigung / Anstellung erforderlich.	am											Fachgebiet(e) nach der WBO Jahr:	
	am											Schwerpunkt(e) nach der WBO:	
	am											Zusatzbezeichnung(en) nach der WBO:	
	am												

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? Bitte nur für Diagnose und Behandlung ausreichende Sprachkenntnisse angeben	Sprache: (therapiesicher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein)
	Sprache: (therapiesicher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein)
	Sprache: (therapiesicher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein)
	Sprache: (therapiesicher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein)

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

