

Merkblatt

Eintragung in das Arztregister des Zulassungsbezirkes Sachsen-Anhalt (Für Ihre Unterlagen bestimmt)

Kontakt Daten Arztregister:

Tel.: 0391/627-8100

I. CHECKLISTE

Der Antrag auf Eintragung ist bei der für den Wohnort zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen. Nach § 4 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erfolgt die Eintragung in das Arztregister des Wohnortes. Besteht kein Wohnsitz im Geltungsbereich der Verordnung, kann das Arztregister frei gewählt werden.

Die Übersendung der Antragsunterlagen im Original samt Anlagen hat zwingend auf dem Postweg zu erfolgen. Alternativ können Sie die vorgenannten Unterlagen auch persönlich in der KV Sachsen-Anhalt abgeben. Eine elektronische Übermittlung aller Unterlagen per Fax oder E-Mail ist nicht zulässig. Ist die Vorlage von Urschriften nicht möglich, können ausnahmsweise amtlich beglaubigte Abschriften beigelegt werden (§ 4 Abs. 3 Ärzte-ZV).

Dem Antrag auf Eintragung in das Arztregister sind nachstehende Unterlagen im Original vollständig beizufügen:

- ☐ Geburtsurkunde und ggf. Eheurkunde (bei Namensänderung)
- ☐ Meldebescheinigung oder Vorlage des Personalausweises als Nachweis der aktuell gültigen Wohnadresse
- ☐ Urkunde zur ärztlichen Prüfung (Staatsexamen)
- ☐ Urkunde über die Approbation als Arzt
- ☐ ggf. Urkunde der med. Promotion
- ☐ Anerkennung für bestimmte Gebiete, Fachkunden, Fakultative Weiterbildungen, Schwerpunkte und Bereiche nach der Weiterbildungsordnung
- ☐ Bescheinigungen bzw. Zeugnisse über die bisherige ärztliche Tätigkeit nach bestandener Prüfung bis zur Antragstellung

Ausländische Urkunden und Zeugnisse müssen ebenfalls im Original sowie mit beglaubigten Übersetzungen von öffentlich oder staatlich anerkannten Übersetzern vorgelegt werden. Die vorgelegten Unterlagen verbleiben - mit Ausnahme der Originale - bei der hier anzulegenden Registerakte.

II. WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR

Der Antrag auf Eintragung in das Arztregister ist gebührenpflichtig. Hierfür sind gemäß § 98 Abs. 2 Ziff. 6 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) i. V. m. § 46 Abs. 1 Buchstabe a) der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) Gebühren in Höhe von **100,00 €** zu zahlen. Der Betrag ist auf folgendes Konto zu entrichten.

Kontoinhaber: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Bankinstitut: Deutsche Apotheker- und Ärztebank Magdeburg
IBAN: DE95 3006 0601 0003 1050 67
BIC: DAAEDEDXXX
Verwendungszweck: Arztregister + Name, Vorname des Antragstellers

Sie haben ebenfalls die Möglichkeit, den Betrag bei Einreichung Ihres Antrages in der Abteilung Sicherstellung, Bereich Arztregister, in bar einzuzahlen.

Hinweis: Die Gebühren sind mit der Antragstellung fällig. Die Bearbeitung des Antrages bzw. Ihre Eintragung in das Arztregister kann somit erst nach dem Zahlungseingang erfolgen.

III. ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN

Sofern Sie die Antragsunterlagen persönlich einreichen möchten, bitten wir Sie vorher um eine entsprechende Terminvereinbarung. Nehmen Sie dazu Kontakt mit der zuvor genannten Telefonnummer auf oder schreiben Sie eine E-Mail an: Arztregister@kvs.de.

Originalunterlagen werden nach der Einsichtnahme unverzüglich an den Antragsteller zurückgegeben oder ggf. per Einschreiben zurückgesendet.

Sind Sie bereits in einem Arztregister eines anderen Zulassungsbezirkes eingetragen, so entfällt ein erneuter Antrag auf Eintragung in das Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt.

Grundvoraussetzung für den vertragsärztlichen Status ist die Eintragung in das Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung. Hierfür sind Angaben über die Person und die berufliche Tätigkeit notwendig. Erfolgt eine Zulassung oder Anstellungsgenehmigung im Zuständigkeitsbereich einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung, wird diese von Amts wegen umgeschrieben.

IV. Datenschutz

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden ausschließlich im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Sachsen-Anhalt und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link: https://www.kvs.de/service/ueber_uns/datenschutz_informationen.html

Antrag auf Eintragung in das Arztregister Sachsen-Anhalt



Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Arztregister
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

ENR

(wird von der KVSA ausgefüllt)

Das Antragsformular bitte vollständig ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen!

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein, ohne dadurch eine geschlechtsspezifische Diskriminierung vornehmen zu wollen.

Hinweis: Der Antrag muss eigenständig durch eine Namensunterschrift oder mittels notariell beglaubigter Handzeichen unterzeichnet werden! Das Ausfüllen des Antrages ist digital möglich. Eine empfangsbedürftige Willenserklärung wird nur wirksam, wenn die formgerecht errichtete Erklärung dem Erklärungsempfänger zugeht. Eine Übermittlung durch Telefax oder E-Mail genügt nicht. (Urteil des LSG Hamburg vom 20.05.2015 Az.: L 5 KA 50/13)

1. ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER

a) ALLGEMEINE ANGABEN

Titel:		Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	
Name:			
Vorname(n):			
Geburtsname:			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:		Seit (tt.mm.jjjj):	
Wohnadresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):			
E-Mail-Adresse:			
Fax:			
Telefon-Nr.:		Mobil:	

b) FACHLICHE ANGABEN

Staatsexamen	am (tt.mm.jjjj)	in
Approbation	am (tt.mm.jjjj)	durch
Medizinische Promotion	am (tt.mm.jjjj)	durch
Anerkennung zum Führen einer Gebiets- und ggf. Schwerpunktbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung	am (tt.mm.jjjj)	als
	am (tt.mm.jjjj)	als
	am (tt.mm.jjjj)	als
	am (tt.mm.jjjj)	als
Sind Sie bereits in einem Arztregister eingetragen?	☐ nein	☐ ja
	falls ja, KV-Bezirk: ENR:	
Anerkennung zum Führen einer Zusatzbezeichnung bzw. fakultative Weiterbildung oder Fachkunde nach der Weiterbildungsordnung	1.	
	2.	
	3.	
	4.	

Verfügen Sie über Fremdsprachenkenntnisse/ Gebärdensprache?	☐ nein ☐ ja
Falls ja, welche	Behandlungs- und diagnosefähig:
Sprache:	☐ nein ☐ ja
Sprache:	☐ nein ☐ ja
Sprache:	☐ nein ☐ ja

2. ANGABEN ZUR APPROBATION

Ist Ihnen die Approbation zu irgendeiner Zeit entzogen worden?		
☐ nein	☐ ja	
Falls ja, von welcher Stelle:		
Für welchen Zeitraum:	von (tt.mm.jjjj)	bis (tt.mm.jjjj)
Grund:		

Ist zu irgendeiner Zeit das Ruhen Ihrer Approbation angeordnet worden?		
☐ nein	☐ ja	
Falls ja, von welcher Stelle:		
Für welchen Zeitraum:	von (tt.mm.jjjj)	bis (tt.mm.jjjj)
Grund:		

Ist Ihnen zu irgendeiner Zeit aufgrund gesetzlicher Bestimmungen die Berufsausübung als Arzt verboten worden?		
☐ nein	☐ ja	
Falls ja, von welcher Stelle:		
Für welchen Zeitraum:	von (tt.mm.jjjj)	bis (tt.mm.jjjj)
Grund:		

3. ÄRZTLICHE TÄTIGKEITEN

Bestand bereits eine Zulassung oder Anstellung als Vertragsarzt?	
☐ nein	☐ ja
Zeitraum:	KV-Bezirk:
Beendigungsgrund:	

Haben Sie die Absicht, eine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu beantragen?	☐ nein	
	☐ ja	voraussichtlich am (tt.mm.jjjj)
	geplanter Tätigkeitsort:	
	als:	

Haben Sie Genehmigungen zu besonderen ärztlichen Tätigkeiten oder Behandlungsverfahren?	
☐ nein	☐ ja
Falls ja, welche:	
1.	
2.	
3.	

Aufstellung über die ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten seit dem Staatsexamen bis zum jetzigen Zeitpunkt in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge

Auch die ärztliche Tätigkeit bei der Bundeswehr, längere Vertretungen von Ärzten sowie frühere Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Zulassung, Ermächtigung) sind anzugeben!

Von (mm.jjjj)	Bis (mm.jjjj)	Name des Arbeitgebers	Ort

☐ Ich versichere, dass die von mir in dem Antrag gemachten Angaben mit den beigelegten Unterlagen übereinstimmen.

Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Arztregisterstelle mitteilen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass das Arztregister mittels EDV erstellt wird und die Speicherung, Übermittlung und Löschung ausschließlich im Rahmen gesetzlicher Vorschriften erfolgt.



Ort/Datum

eigenhändige Unterschrift Antragsteller