

**WIR SORGEN
FÜR GESUNDHEIT**

www.kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN



**BITTE VERGESSEN SIE NICHT,
IHREN ANTRAG AUF SEITE 5
ZU UNTERSCHREIBEN!**

Antrag auf Eintragung in das Arztregister des Zulassungsbezirks Hessen

Hinweis:

Für eine Antragstellung **muss** Ihr Wohnort in Hessen sein!
Sofern Sie bereits in einem Arztregister einer Kassennärztlichen Vereinigung
eingetragen sind, ist eine erneute Antragstellung zur Eintragung in das Arztregister
nicht erforderlich!

Sie haben einen zeitnahen Zulassungsausschusstermin (ZA)

ja _____ Termin/Ort

Angaben zur Person

Lebenslange Arztnummer (LANR - falls vorhanden)

akademischer Grad/Titel

Vorname(n)

Rufname

Familiename

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

(aktuelle) Staatsangehörigkeit

seit dem

Geschlecht

männlich

weiblich

divers

Wohnort in Hessen / Kontaktdaten

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

Telefax

Mobil

E-Mail

Angaben zur Aus- und Weiterbildung

- **Staatsexamen (letzter Abschnitt der ärztlichen Prüfung)**

Datum

Ort

- **Approbation**

Datum

durch (Ausstellungsbehörde)

- **Med. Promotion**

Datum

- **Facharzt**

(Fachgebietsbezeichnung/Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung-Weiterbildung
gemäß Weiterbildungsordnung der Ärztekammer)

Datum

Bezeichnung

Datum

Bezeichnung

Datum

Bezeichnung

Datum

Bezeichnung

Datum

Bezeichnung

Datum

Bezeichnung

Fremdsprachenkenntnisse (Kenntnisse ausreichend für Diagnose und Behandlung)

Sprache

Sprache

Sprache

Sprache

Sprache

Sprache

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

- **Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Vertragsarzt/Vertragsärztin niederzulassen?** ja nein

Falls ja: Ort/Niederlassung als...

Falls ja: Zeitpunkt

- **Sind Sie bereits in einem Arztregister eingetragen?** ja nein

Falls ja: KV/Registerstelle

Eintragsnummer

- **Haben Sie bereits früher an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen oder nehmen Sie derzeit an der vertragsärztlichen Versorgung teil?** ja nein

Falls ja: In welchem KV-Bereich?

als zugelassener Arzt/Ärztin

von

bis

als ermächtigter Arzt/Ärztin

von

bis

als angestellter Arzt/Ärztin

von

bis

Angaben zur Approbation

- **Ist Ihnen die Approbation zu irgendeinem Zeitpunkt entzogen worden?**

ja nein _____
Falls ja, von _____ bis _____ durch welche Stelle?

- **Hat Ihre Approbation zu irgendeiner Zeit geruht?**

ja nein _____
Falls ja, von _____ bis _____ durch welche Stelle?

- **Ist Ihnen zu irgendeiner Zeit die Berufsausübung als Arzt/Ärztin untersagt worden?**

ja nein _____
Falls ja, von _____ bis _____ durch welche Stelle?

Dem Antrag sind folgende Unterlagen im Original beizufügen

Ausnahmsweise können amtlich beglaubigte Abschriften akzeptiert werden:

(Original oder amtlich beglaubigte Abschriften/Fotokopien sowie Übersetzungen: siehe Erläuterungen Punkt 3. Seite 6):

- Geburtsurkunde** (begl. Abschrift aus dem Familienbuch)
- Urkunde** aus der die **Namensänderung** hervorgeht (als Einzelurkunde oder als Heiratsurkunde mit dem Zusatz über die geänderte Namensführung)
- Approbation** als Arzt/Ärztin
- Medizinische Promotion / sonstige Titel
- Facharzturkunde (obligatorisch)**
Anerkennung für eine bestimmte Gebiets-, Teilgebiets- bzw. Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung, Urkunde über fakultative Weiterbildung oder Fachkundenachweis zu den ärztlichen Fachgebieten nach der Weiterbildungsordnung
- Bescheinigungen bzw. Zeugnisse über die bisherige ärztliche Tätigkeit ab der Approbation
(Aus den Bescheinigungen bzw. Zeugnissen wird der Beschäftigungszeitraum entnommen. Hier bitten wir darauf zu achten, dass die genauen Zeiträume in den Zeugnissen angegeben sind. Bescheinigungen der Krankenhausverwaltung/Praxis über den Zeitraum der Beschäftigung werden ebenfalls anerkannt. Nicht anerkannt werden Gehaltsnachweise oder Dienst- bzw. Arbeitsverträge.)
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr (bspw. Kopie eines Zahlungsnachweises)
Ich habe den Betrag in Höhe von 100 Euro am _____ mit dem **Verwendungszweck "11.1 Arztregister + Name des Antragstellers"** überwiesen.

Anmerkungen:

- Die vorgenannten Unterlagen verbleiben bei der hier anzulegenden Registerakte. Im Original sowie amtlich beglaubigter Form vorgelegte Urkunden werden nach Eintragung in das Arztregister zurückgeschickt.
- Gemäß § 46 Ärzte-ZV ist eine Gebühr in Höhe von 100 Euro fällig, sobald Sie Ihren Antrag eingereicht haben. Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn Sie Ihren Antrag später zurücknehmen sollten. Über die Zahlung der Antragsgebühr legen Sie uns bitte unaufgefordert nach Einreichung Ihres Antrages einen geeigneten Zahlungsnachweis vor. **Damit die eindeutige Zuordnung des Antrags gewährleistet werden kann, ist es unbedingt erforderlich, dass auf dem Zahlungsnachweis der Verwendungszweck und Name des Antragstellers aufgeführt ist.**

Wir machen darauf aufmerksam, dass die Eintragung in das Arztregister erst erfolgen kann, wenn der Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr erbracht wurde und die erforderlichen Unterlagen vollständig vorliegen.

Bankverbindung:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28
BIC: DAAEDEDXXX

Ich versichere, dass die von mir in diesem Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen werde ich unverzüglich der Registerstelle mitteilen.
Durch Ihre Unterschrift geht die unter Punkt 2. der Erläuterungen dargestellte datenschutzrechtliche Erklärung für die Kassenärztliche Vereinigung Hessen als Bestandteil in den Antrag über.



_____ Datum

_____ Unterschrift

Erläuterungen

1. Allgemeine Ausfertigungshinweise

Bei handschriftlicher Ausfertigung des Antrags bitten wir Sie, die Ausfüllung nur in gut lesbarer Druckschrift vorzunehmen.

2. Datenschutz

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung über die Führung eines Arztregisters erhoben und verarbeitet.

Das Arztregister wird mittels Elektronischer Datenverarbeitung erstellt. Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Hessen erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zu datenschutzrechtlichen Informationspflichten nach Art. 13 DSGVO finden Sie auf unserer Homepage unter: <https://www.kvhessen.de/datenschutz>

3. Amtlich beglaubigte Kopien (nicht älter als 6 Monate)

Anerkannte Stellen, welche Beglaubigungen durchführen können:

Bundesbehörde
Gemeinde- / Stadtverwaltung
Gesetzliche Krankenkasse (Körperschaft des öffentlichen Rechts)
Kassenärztliche Vereinigung
Krankenhaus in öffentlicher Trägerschaft
Landesbehörde
Landesärztekammer
Notar
Ortsgericht
Psychotherapeutenkammer

Eine amtliche Beglaubigung muss mindestens enthalten:

Einen Vermerk, der bescheinigt, dass die Kopie/Abschrift mit dem Original übereinstimmt (**Beglaubigungsvermerk**),

1. Die **Unterschrift** des Beglaubigenden
2. Den Abdruck des **Dienstsiegels**. Ein einfacher Schriftstempel genügt nicht.

Urkunden, die nicht in deutscher Sprache verfasst sind, müssen in amtlich beglaubigter Form plus Übersetzung ins deutsche vorgelegt werden. Es werden nur Übersetzungen von allgemein beeidigten, öffentlich bestellten bzw. allgemein ermächtigten Dolmetscherinnen und Dolmetschern sowie Übersetzerinnen und Übersetzern anerkannt. Ob es sich um eine von uns anerkannten Übersetzer handelt, können sie unter dem Link Dolmetscher- und Übersetzungsdatenbank (<http://www.justiz-dolmetscher.de>) prüfen.

! Beglaubigungen dürfen nicht älter als sechs Monate sein!

4. Rechtliche Grundlage für die Eintragung in das Arztregister:

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) vom 28. Mai 1957 (BGB1 I, S. 572, 608), zuletzt geändert durch Art. 12 G v. 11.07.2021

5. Für eine Antragstellung **muss** Ihr Wohnort in Hessen sein!