

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen im **Original und einseitiger Schwarz-Weiß-Kopie** (Farbkopien werden nicht akzeptiert) oder als amtlich beglaubigte Abschriften/Fotokopien beizufügen:

- Passbild
- Geburtsurkunde
- ggf. Nachweis über Namensänderung (z.B. Heiratsurkunde)
- 3. Staatsexamen oder gleichwertiger medizinischer Hochschulabschluss
- Deutsche Approbation als Arzt
- ggf. Nachweis über Titelführung (z.B. Promotionsurkunde)
- Anerkennung zum Führen einer Gebietsbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung
- ggf. Anerkennung für eine bestimmte Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung
- Nachweise (z.B. Bescheinigungen, Zeugnisse) über die bisherige Tätigkeit als Arzt seit dem 3. Staatsexamen einschließlich einer aktuellen Arbeitsbescheinigung (nicht älter als 3 Monate)
- Falls bereits in einem anderen KV-Bereich tätig gewesen, Bescheinigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung
- Falls Führung eines ausländischen Titels erstrebt, Nachweis über die Anerkennung des Titels in Deutschland

Bitte
Passbild
hier
einkleben.

Anmerkung:

1. Die vorgenannten Unterlagen verbleiben, mit Ausnahme der Originale, bei der hier anzulegenden Registerakte.
2. Für diesen Antrag ist eine Gebühr von **€ 100,00** zu entrichten (§ 46 Abs. 1a Ärzte-ZV) per Überweisung auf das Konto bei:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G. Berlin,
BIC: DAAEDEDXXX,
IBAN: DE16 3006 0601 0001 0039 17
Verwendungszweck: Antragsgebühr Arztregister & vollständiger Name
3. In fremder Sprache verfasste öffentliche Urkunden, Zeugnisse oder Bescheinigungen sind aufgrund der Bedeutung des genauen Wortlautes für die Eintragung grundsätzlich mit einer durch einen in Deutschland öffentlich bestellten oder beeidigten Dolmetscher oder Übersetzer erstellten Übersetzung einzureichen. Wurden diese Unterlagen nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union ausgestellt, sind diese je nach Herkunftsland mit einer Apostille oder Legalisation einzureichen, soweit nicht nach der Verordnung (EU) 2016/1191 eine Befreiung vorgesehen ist.

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

Voraussetzungen erfüllt
Eintragung hat zu erfolgen
Kassenärztliche Vereinigung

€ 100 Gebühr bezahlt
Datum:



ARZTREGISTER DES ZULASSUNGSBEZIRKS

| | | | | | | | | |
|-----|---|---|----|--|--|-----|--|--------|
| 001 | 7 | 2 | AR | | | | | BERLIN |
| 002 | | | | | | ENR | Die getönten Felder werden von der Arztregisterstelle ausgefüllt! | |
| 003 | | | | | | | ANR | |

| | | | |
|-----|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 111 | Familienname | Geburtsname: | |
| 112 | Titel, akademischer / nachgestellter Grad | | |
| 113 | Vornamen (ggf. Rufname unterstreichen) | | |
| 114 | Geburtsdaten | Geburtsdatum: | Geburtsort: |
| 115 | Geschlecht | Männlich <input type="checkbox"/> | Weiblich <input type="checkbox"/> |
| 117 | Staatsangehörigkeit jetzt | seit: | |

| | | | |
|-----|-----------------|----------|---------|
| 211 | Wohnort | PLZ: | Ort: |
| 212 | Straße, Nr. | | |
| 213 | Telefon/ E-Mail | Ruf-Nr. | E-Mail: |
| 221 | Praxis | PLZ: | Ort: |
| 222 | Straße, Nr. | | |
| 223 | Telefon/ E-Mail | Ruf-Nr.: | E-Mail: |
| 224 | Ortskennzahl | | |

| | | | |
|-----|--|-----|--------|
| 311 | Staatsexamen | am: | in: |
| 312 | Approbation | am: | durch: |
| 313 | Med. Promotion | am: | durch: |
| 321 | Anerkennung zum Führen einer Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung der Weiterbildungsordnung | am: | als: |
| 322 | | am: | als: |
| 323 | | am: | als: |
| 324 | | am: | als: |
| 325 | | am: | als: |
| 326 | | am: | als: |

| | | | |
|-----|--|------------|------------------|
| 411 | Eingetragen | am: | |
| 412 | Sind Sie bereits in ein Arztregister eingetragen? | AR-Stelle: | Eintragungs-Nr.: |
| 413 | z.Zt. niedergelassen: | seit: | als: |



| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind Sie z.Zt. für die vertragsärztliche Versorgung ermächtigt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Falls ja, durch wen? | | |

Rechtsgrundlage Ä-ZV/Bundesmantelvertrag/Ärzte

| | | | |
|---------|------------------|-----|---------------|
| 601 1-3 | Seit wann? | am: | als Arzt für: |
| 601 4 | Rechtsgrundlage: | | |
| 601 5 | Leistungsumfang: | | |

Rechtsgrundlage Arzt-/Ersatzkassenvertrag (Bundesmantelvertrag-Ärzte)

| | | | |
|---------|---|----------|--|
| 605 1-3 | Seit wann? | am: | als Arzt für: |
| 605 4 | Rechtsgrundlage: | | |
| 605 5 | Leistungsumfang: | | |
| 621 | Haben Sie die Genehmigung zur Ausübung besonderer ärztlicher Tätigkeiten oder Behandlungsverfahren? | 1. | |
| 622 | | 2. | |
| 623 | | 3. | |
| 624 | | 4. | |
| 625 | | 5. | |
| 626 | | 6. | |
| 627 | | 7. | |
| 628 | | 8. | |
| 721 | Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse? Falls ja, welche? | Sprache: | diagnosefähig <input type="checkbox"/> |
| 722 | | Sprache: | diagnosefähig <input type="checkbox"/> |
| 723 | | Sprache: | diagnosefähig <input type="checkbox"/> |
| 724 | | Sprache: | diagnosefähig <input type="checkbox"/> |
| 725 | | Sprache: | diagnosefähig <input type="checkbox"/> |

| A. | Anerkannte Schwerbeschädigung: *) | Erwerbsminderung (%) | Von welcher Stelle anerkannt? |
|----|--|----------------------|--|
| | Bestand bereits eine Zulassung als Vertragsarzt | ja | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| | Beteiligung alt/RVO-Kassen | ja | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| | Beteiligung EK | ja | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| | Ermächtigung Ä-ZV | ja | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| | Ermächtigung EK | ja | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| | Falls ja, vom - bis: _____ AR-Stelle: _____ | | |
| B. | 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? _____ | | |
| C. | Grund: _____ | | |
| | Hat Ihre Approbation geruht? | | |
| | Für welchen Zeitraum? _____ | | |
| D | Grund: _____ | | |



| | |
|---|--|
| E | 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: _____ |
| | Möchten Sie demnächst vertragsärztlich tätig werden? <input type="checkbox"/> ja, beantragt zum: _____ <input type="checkbox"/> nein _____ |

AUFSTELLUNG

über die ärztliche Tätigkeit seit dem Staatsexamen in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge.

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

| von - bis | Stellung/Tätigkeit | Krankenhaus, Klinik, Amt, Institut, Dienststelle | | |
|-----------|--------------------|--|-----------|-----|
| | | Name | Abteilung | Ort |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ERLÄUTERUNGEN

1. HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN:

Bitte beachten Sie,

- dass dem Antrag alle Originale und Schwarz-Weiß-Kopien oder amtl. beglaubigte Abschriften beizufügen sind.
- dass amtl. beglaubigte Abschriften in der Registerakte verbleiben.
- dass keine Farbkopien akzeptiert werden.
- dass nur einseitige Kopien akzeptiert werden.
- dass eine Tätigkeit durch folgende Dokumente nachgewiesen werden kann:
 - a) Arbeitszeugnis über den kompletten Tätigkeitszeitraum
 - b) Bescheinigung des Arbeitsgebers über den kompletten Tätigkeitszeitraum
 - c) Arbeitsvertrag und letzter Gehaltsnachweis.
- dass Sie die Antragsgebühr auch vor Antragsstellung überweisen können.
- dass es vor Ort keine Möglichkeit gibt, die Antragsgebühr bar oder mit EC-Karte zu zahlen.

Den vollständigen Antrag richten Sie bitte schriftlich an:

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Arztregister
Masurenallee 6A
14057 Berlin

2. NACHWEIS ÜBER DIE ANERKENNUNG EINES AUSLÄNDISCHEN TITELS

Der Nachweis über die Gleichwertigkeit Ihres ausländischen Titels mit einem entsprechenden inländischen Titel zur Führung des Titels kann durch einen Ausdruck aus der Datenbank **Anabin** erbracht werden, wenn Ihr ausländischer Hochschulabschluss, Ihr Studienfach und Ihr Abschluss in der Datenbank aufgeführt sind. Sollte Ihr Titel nicht aufgeführt sein, kann die Gleichwertigkeit anerkannt werden, wenn Sie gem. § 34a Abs. 1 Berliner Hochschulgesetz nachweisen, dass

- die ausländische Universität nach dem Recht des Herkunftslandes anerkannt ist und
- der Titel aufgrund eines nach dem Recht des Herkunftslandes anerkannten Hochschulabschlusses und
- nach einem ordnungsgemäß durch Prüfung abgeschlossenen Studiums verliehen worden ist.

Bitte beachten Sie, dass ein anerkannter ausländischer Hochschulgrad nur in der verliehenen Originalform unter Angabe der verleihenden Hochschule geführt werden darf. Ausnahmen gelten unter anderem für Hochschulgrade aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraums. Weitere Sonderregeln entnehmen Sie bitte den Informationen der Senatskanzlei für Wissenschaft und Forschung unter: <https://www.berlin.de/sen/wissenschaft/studium/abschluesse-und-titelfuehrung/#grad>

Weitere abweichende begünstigenden Regelungen können gelten, wenn die Gradführung durch Äquivalenzabkommen der Bundesrepublik Deutschland mit ausländischen Staaten geregelt ist. Zur Zeit bestehen Äquivalenzabkommen mit Bolivien, China, Frankreich, Italien, Kroatien, Lettland, Niederlande, Österreich, Polen, Schweiz, Slowakei, Spanien und Ungarn. Eine regelmäßig aktualisierte Übersicht dieser Äquivalenzabkommen und weiterführende Informationen finden Sie auf der Seite der Kultusministerkonferenz unter:

<https://www.kmk.org/zab/zentralstelle-fuer-auslaendisches-bildungswesen/allgemeines-zur-erkennung/veroeffentlichungen-und-beschluesse/fuehrung-auslaendischer-hochschulgrade.html>

3. ALLGEMEINE AUSFERTIGUNGSHINWEISE

Bei handschriftlicher Ausfertigung des Antrages bitten wir Sie, die Ausfüllung nur in eindeutig lesbarer Druckschrift vorzunehmen. Fragen, die für Sie nicht zutreffen und deshalb nicht beantwortet werden können, bitten wir in dem Beantwortungsraum der betreffenden Zeile mit "entfällt" zu kennzeichnen.

Die zu verschiedenen Fragen vorgegebenen Ziffernfelder bitten wir von links nach rechts auszufüllen. Die Schreibweise des Datums wurde in 6-stelligen Ziffernfelder vorgegeben, und zwar

- 1. Tag = 2 Stellen
- 2. Monat = 2 Stellen
- 3. Jahr = 2 Stellen (von 4-stelliger Jahreszahl die letzten 2 Stellen)

4. ABKÜRZUNGEN

- AR = Ärztereister
- BMV = Bundesmantelvertrag/Ärzte
(Regelt die vertraglichen Beziehungen zur ärztlichen Versorgung der Versicherten der Pflichtkrankenkassen)
- EKV = Arzt/Ersatzkassen-Vertrag
(Regelt die vertraglichen Beziehungen zur ärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen)
- PLZ = Postleitzahl
- Ä-ZV = Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

5. AUSZUG AUS DEM FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH

§ 95a

Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister für Vertragsärzte

(1) Bei Ärzten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus:

1. die Approbation als Arzt,
2. den erfolgreichen Abschluss entweder einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung oder den Nachweis einer Qualifikation, die gemäß den Absätzen 4 und 5 anerkannt ist

(2) Eine allgemeinmedizinische Weiterbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 ist nachgewiesen, wenn der Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin berechtigt ist und diese Berechtigung nach einer mindestens fünfjährigen erfolgreichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bei zur Weiterbildung ermächtigten Ärzten und in dafür zugelassenen Einrichtungen erworben hat. Bis zum 31. Dezember 2008 ist eine dem Satz 1 entsprechende mindestens dreijährige Weiterbildung ausnahmsweise ausreichend, wenn nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften eine begonnene Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, für die eine Dauer von mindestens drei Jahren vorgeschrieben war, wegen der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das dem Arzt die Personensorgezustand und mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, die Weiterbildung unterbrochen worden ist und nach den landesrechtlichen Vorschriften als mindestens dreijährige Weiterbildung fortgesetzt werden darf. Satz 2 gilt entsprechend, wenn aus den dort genannten Gründen der Kindererziehung die Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit in der Allgemeinmedizin vor dem 1. Januar 2006 nicht möglich war und ein entsprechender Antrag auf Eintragung in das Arztregister auf der Grundlage einer abgeschlossenen mindestens dreijährigen Weiterbildung bis zum 31. Dezember 2008 gestellt wird.

(3) Die allgemeinmedizinische Weiterbildung muss unbeschadet ihrer mindestens fünfjährigen Dauer inhaltlich mindestens den Anforderungen nach Artikel 28 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EU Nr. L 255 S. 22, 2007 Nr. L 271 S. 18) entsprechen und mit dem Erwerb der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin abschließen. Sie hat insbesondere folgende Tätigkeiten einzuschließen:

1. mindestens sechs Monate in der Praxis eines zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ermächtigten niedergelassenen Arztes,
2. mindestens sechs Monate in zugelassenen Krankenhäusern,
3. höchstens sechs Monate in anderen zugelassenen Einrichtungen oder Diensten des Gesundheitswesens, die sich mit Allgemeinmedizin befassen, soweit der Arzt mit einer patientenbezogenen Tätigkeit betraut ist.

(4) Die Voraussetzungen zur Eintragung sind auch erfüllt, wenn der Arzt auf Grund von landesrechtlichen Vorschriften zur Ausführung des Artikels 30 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EU Nr. L 255 S. 22, 2007 Nr. L 271 S. 18) bis zum 31. Dezember 1995 die Bezeichnung "Praktischer Arzt" erworben hat.

(5) Einzutragen sind auf ihren Antrag auch im Inland zur Berufsausübung zugelassene Ärzte, wenn sie Inhaber eines Ausbildungsnachweises über eine inhaltlich mindestens den Anforderungen nach Artikel 28 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EU Nr. L 255 S. 22, 2007 Nr. L 271 S. 18) entsprechende besondere Ausbildung in der Allgemeinmedizin sind und dieser Ausbildungsnachweis in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder einem Vertragsstaat, dem Deutschland und die Europäische Gemeinschaft oder Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, ausgestellt worden ist. Einzutragen sind auch Inhaber von Bescheinigungen über besondere erworbene Rechte von praktischen Ärzten nach Artikel 30 der in Satz 1 genannten Richtlinie, Inhaber eines Ausbildungsnachweises über eine inhaltlich mindestens den Anforderungen nach Artikel 25 dieser Richtlinie entsprechende fachärztliche Weiterbildung oder Inhaber einer Bescheinigung über besondere erworbene Rechte von Fachärzten nach Artikel 27 dieser Richtlinie.

6. 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 über die Führung eines Arztregisters erhoben und gespeichert.