



ANTRAG

auf Eintragung ins Arztregister des Zulassungsbezirks Berlin

Diesem Antrag füge ich folgende Unterlagen im Original oder als amtlich beglaubigte Abschriften/Fotokopien bei:

- Passbild
- Geburtsurkunde und ggf. Heiratsurkunde
- ggf. Einbürgerungsurkunde
- 3. Staatsexamen
- Approbation als Arzt
- Med. Promotion
- Anerkennung für eine bestimmte Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung.
- Bescheinigungen bzw. Zeugnisse über die bisherige Tätigkeit als Medizinalassistent, Arzt im Praktikum und Arzt seit dem Staatsexamen. **Aktuelle Arbeitsbescheinigung (Bestätigung des Arbeitgebers über aktuelles Arbeitsverhältnis).**
- Falls bereits niedergelassen oder niedergelassen gewesen, Bescheinigung der zuständigen Ärztekammer über Ort und Dauer.
- Falls bereits als Vertragsarzt zugelassen gewesen, Bescheinigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.

Anmerkung:

1. Die vorgenannten Unterlagen sind in Kopie und Original vorzulegen, damit die Kopien beglaubigt werden können, oder als beglaubigte Kopie beizufügen. Die vorgelegten Unterlagen, mit Ausnahme der Originale, verbleiben bei der hier anzulegenden Registerakte.
- Farbkopien werden nicht akzeptiert -
2. Für diesen Antrag ist eine Gebühr von € 100,00 zu entrichten (§ 46 Abs. 1a Ärzte-ZV) per Überweisung auf das Konto bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank e.G. Berlin, BLZ 300 606 01, Kontonummer: 000 100 3917.

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 und Stempel



ANTRAG

auf Eintragung ins Arztregister des Zulassungsbezirks Berlin



Arztregister des Zulassungsbezirks

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

111	Familienname						
112	Titel						
113	Vornamen						
114	Geburtsdaten	Geburtsort:					
115	Geschlecht	männlich	weiblich				
117	Staatsangehörigkeit jetzt	deutsch		seit			

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

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



ANTRAG

auf Eintragung ins Arztregister des Zulassungsbezirks Berlin

Sind Sie z.Zt. für die vertragsärztliche Versorgung ermächtigt?		ja	nein
Falls ja, durch wen?			
← Rechtsgrundlage Ä-ZV/Bundesmantelvertrag/Ärzte (Primärkassen)			
601 1-3	Seit wann?	am:	als Arzt für
601 4	Rechtsgrundlage:		
601 5	Leistungsumfang:		
← Rechtsgrundlage Arzt-/Ersatzkassenvertrag (Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen)			
605 1-3	Seit wann?	am:	als Arzt für
605 4	Rechtsgrundlage:		
605 5	Leistungsumfang:		
621 622 623 624 625 626 627 628	Haben Sie die Genehmigung zur Ausübung besonderer ärztlicher Tätigkeiten oder Behandlungsverfahren?	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____	
721 722 723 724 725	Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse? Falls ja, welche?	Sprache: _____ Sprache: _____ Sprache: _____ Sprache: _____ Sprache: _____	

A.	Anerkannte Schwerbeschädigung: *) Erwerbsminderung	Von welcher Stelle anerkannt?
	%	
B.	Bestand bereits eine Zulassung als Vertragsarzt Beteiligung alt/RVO-Kassen Beteiligung EK Ermächtigung Ä-ZV Ermächtigung EK	ja: nein: ja: nein: ja: nein: ja: nein: ja: nein:
	Falls ja, vom-bis _____ AR-Stelle _____	
	Grund für die Beendigung: _____	
C.	Ist Ihnen die Approbation zu irgendeiner Zeit entzogen worden?	ja: nein:
	Falls ja, von welcher Stelle: _____	
	für welchen Zeitraum: _____	
	Grund: _____	
D.	Hat Ihre Approbation geruht?	
	für welchen Zeitraum: _____	
	Grund: _____	
E.	Ist Ihnen die Berufsausübung als Arzt auf Grund gesetzlicher Bestimmungen zu irgendeiner Zeit untersagt worden?	ja: nein:
	Falls ja, von welcher Stelle: _____	
	für welchen Zeitraum: _____	
	Grund: _____	

