



# ANTRAG

auf Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 SGB V der  
KV Berlin für den Zulassungsbezirk Berlin-Bundeshauptstadt



Name: \_\_\_\_\_, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

(aktuelle) Arztregistereintragung bei der KV (Ort): \_\_\_\_\_

Ggf. ENR / LANR: \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Sofern Sie nicht im Arztregister der KV Berlin eingetragen sind, fügen Sie bitte einen aktuellen<sup>1</sup> Arztregisterauszug der KV bei, in der Sie eingetragen sind. Ohne die Vorlage eines Arztregisterauszuges ist die Eintragung in die Warteliste nicht möglich.

Ich beantrage die Eintragung in die Warteliste für die Arztgruppe:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anästhesisten                                | <input type="checkbox"/> Nervenärzte / Neurologen / Psychiater                              |
| <input type="checkbox"/> Augenärzte                                   | <input type="checkbox"/> Neurochirurgen   |
| <input type="checkbox"/> Chirurgen und / oder Orthopäden              | <input type="checkbox"/> Nuklearmediziner   |
| <input type="checkbox"/> Frauenärzte                                  | <input type="checkbox"/> Pathologen   |
| <input type="checkbox"/> HNO-Ärzte                                    | <input type="checkbox"/> Physikalische- und Rehabilitative Medizin                          |
| <input type="checkbox"/> Hausärzte (Allgemeinmediziner / Internisten) | <input type="checkbox"/> Psychotherapeuten  |
| <input type="checkbox"/> Hautärzte                                    | <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> ärztl. PT |
| <input type="checkbox"/> Humangenetiker                               | <input type="checkbox"/> Radiologen   |
| <input type="checkbox"/> Internisten                                  | <input type="checkbox"/> Strahlentherapeuten  |
| <input type="checkbox"/> Kinderärzte                                  | <input type="checkbox"/> Transfusionsmediziner  |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater                 | <input type="checkbox"/> Urologen   |
| <input type="checkbox"/> Laborärzte                                   |   |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

<sup>1</sup> Nicht älter als 3 Monate.