

Antrag auf Eintragung in das Arztregister

001				
002				
411				

Arztregister-Nr.

Eintragungs-Nr.

Eingetragen am

wird von der Arztregisterstelle ausgefüllt

Personalien

111	Familiename		
112	Titel		
313		Datum der med. Promotion 'A'	
113	Vornamen		
114	Geburtsdatum	Geburtsort	
115		Geschlecht (männlich = 1, weiblich = 2)	

117	Staatsangehörigkeit
-----	---------------------

Wohnsitz

211	PLZ	Ort
212	Straße	
213	Telefonvorwahl	Rufnummer

Facharztanerkennungen/Teilgebietsanerkennungen

	Datum der Anerkennung	Bezeichnung der Fachrichtung
321		
322		
323		
324		

Zusatzbezeichnungen

860		
861		
862		
863		

Rechtsgrundlage der Eintragung

311		Datum des Staatsexamens
	in	
312		Datum der Approbation
	durch	

Fremdsprachenkenntnisse

721	
722	

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben

Unterschrift:

Datum:

Checkliste für die Eintragung in das Arztregister

- Antrag auf Eintragung in das Arztregister (beiliegendes Formblatt)
- Geburtsurkunde
- Staatsexamen, Abschlusszeugnis des Universitätsstudiums
- Approbationsurkunde
- Facharztanerkennung
- Urkunden von Teilgebietsanerkennungen oder Zusatzbezeichnungen, wenn vorhanden
- Diplom- oder Promotionsurkunde sowie weitere medizinische Titel, wenn vorhanden
- lückenlose Nachweise über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten (z.B. Arbeitsverträge, Änderungsverträge, (amtlich beglaubigt) (Sollten Sie in einem Zeitraum nicht ärztlich tätig gewesen sein, bitten wir Sie, uns dies zu bescheinigen)

Gemäß § 4 Abs. 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte sind die zur Arztregistereintragung notwendigen Urkunden im Original bzw. ausnahmsweise in **amtlich beglaubigter Form** durch eine **siegelführende Stelle** einzureichen.

Für den Antrag auf Eintragung in das Arztregister wird nach § 46 Abs. 1 Buchstabe a) Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) eine Gebühr von **100,- Euro** erhoben, die mit Antragstellung fällig wird. Diese Gebühr ist auf das folgende Konto einzuzahlen:

Ärzte- und Apothekerbank Schwerin, BLZ 1209 0640, Kontonummer: 0003053393
- codierter Zahlungsgrund - 740003

Sollten Sie die Urkunden im Original einreichen, teilen wir Ihnen mit, dass für Beglaubigungen entsprechend der Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern ab 1.5.06 auf der Grundlage der Satzung § 3 (5) je Beglaubigung 0,50 ct, mindestens jedoch 5,- € Gebühren erhoben werden.

Diese sind auf das gleiche Konto der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern unter Angabe des codierten Zahlungsgrund 770063-Beglaubigungen zu überweisen.

In diesem Zusammenhang empfehlen wir Ihnen, eine Kopie des Einzahlungsbeleges an uns zu übersenden.