

- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -

Eintragung erfolgt						ENR
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
Antragsprüfung am						MA Kürzel
Eintragung am						MA Kürzel

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Antrag auf Eintragung in das Arztregister des Zulassungsbezirkes Hamburg

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Ärztinnen eingeschlossen.

Datenschutz: Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter:

<https://www.kvhh.net/de/datenschutzhinweis.html>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

ggf. Titel, Vorname, Name

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

Hinweis: Alle Unterlagen sind der **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg zur Einsichtnahme im Original vorzulegen**, in Ausnahmefällen auch eine amtl. beglaubigte Abschrift. **Bitte fügen Sie zusätzlich Kopien** von den benötigten Unterlagen bei. Diese verbleiben bei der Arztregisterstelle.

- ➔ Geburts- bzw. Einbürgerungsurkunde
- ➔ ggf. Urkunde über die Änderung des Familiennamens (z. B. Heiratsurkunde)
- ➔ Approbation als Arzt
- ➔ Promotion und ggf. andere Titel
- ➔ Anerkennung für eine bestimmte Gebiets-, Facharzt- und Schwerpunktkompetenz oder Zusatzweiterbildung gemäß der Weiterbildungsordnung für Ärzte
- ➔ Bescheinigungen bzw. Zeugnisse über die bisherige ärztliche Tätigkeit nach bestandener ärztlicher Prüfung
- ➔ Aktuelle Bescheinigung über die derzeitige ärztliche Tätigkeit

Persönliche Daten des Antragstellers

Familienname

Geburtsname

Vorname(n)

Rufname(n)

Privatanschrift

					PLZ	Ort	
							Hamburg

Titel

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--

Geburtsort

Geschlecht

M W D

Telefon privat

Fax privat

Mobiltelefon

E-Mail privat

Homepage

Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?

nein

ja

Kenntnisse ausreichend für Diagnose /
Behandlung?

Sprache: _____

ja

nein

Sprache: _____

ja

nein

Sprache: _____

ja

nein

Sprache: _____

ja

nein

Werden Sie bereits bei einer Kassenärztlichen Vereinigung geführt bzw. sind Sie bereits eingetragen?

nein

ja, bei folgender KV:

Eintragungsnummer

Angaben zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung / Approbation

Hinweis: Die Facharztbezeichnung(en), Schwerpunkt(e), Zusatzbezeichnung(en), fakultative(n) Weiterbildung(en) und Fachkundenachweis(e) sind gemäß Weiterbildungsordnung (WBO) anzugeben.

Staatsexamen am

--	--	--	--	--	--

in (Studienort)

--

Approbation am

--	--	--	--	--	--

durch (ausstellende Behörde)

--

Promotion am

--	--	--	--	--	--

an (Universität)

--

Facharztbezeichnung(en)

--	--	--	--	--	--

Fachgebiet gem. WBO

--

--	--	--	--	--	--

--

Schwerpunkt(e)

--	--	--	--	--	--

Bezeichnung gem. WBO

--

--	--	--	--	--	--

--

Zusatzbezeichnung(en)

--	--	--	--	--	--

Bezeichnung gem. WBO

--

--	--	--	--	--	--

--

--	--	--	--	--	--

--

Fakultative Weiterbildung(en)

--	--	--	--	--	--

Bezeichnung gem. WBO

--

--	--	--	--	--	--

--

Fachkundenachweis(e)

--	--	--	--	--	--

Bezeichnung gem. WBO

--

--	--	--	--	--	--

--

Berufsverbot

Wurde Ihnen jemals die Approbation entzogen?

nein

ja, von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Falls ja, von welcher Stelle?

--

Bitte geben Sie den Grund der Entziehung an:

--

Ruhte Ihre Approbation jemals?

nein

ja, von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Bitte geben Sie den Grund des Ruhens an:

--

Wurde Ihnen jemals die Berufsausübung untersagt?

nein

ja, von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Falls ja, von welcher Stelle?

--

Bitte geben Sie den Grund für das Verbot an:

--

Vertragsärztliche Tätigkeit

Haben Sie bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen oder nehmen Sie zurzeit an der vertragsärztlichen Versorgung teil?

nein

ja, ich bin **zurzeit** tätig als

- zugelassener Vertragsarzt
- als ermächtigter Vertragsarzt
- als angestellter Vertragsarzt

von

--	--	--	--	--	--

 ggf. bis

--	--	--	--	--	--

Bitte geben Sie den Ort des Vertragsarztsitzes an:

--

ja, ich war in der **Vergangenheit** tätig als

- zugelassener Vertragsarzt
- als ermächtigter Vertragsarzt
- als angestellter Vertragsarzt

von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Bestätigung und Gebühr

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben in diesem Antrag mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen der geschilderten Verhältnisse werde ich unverzüglich der Arztregisterstelle mitteilen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Arztregistereintragung mittels EDV erfolgt und die Speicherung, Übermittlung und Löschung nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften erfolgt.

Die für diesen Antrag zu entrichtende Gebühr von **100,00 €** ist per EC Karte zu zahlen.

Ort und Datum

Unterschrift

Bisherige ärztliche Tätigkeiten nach bestandener ärztlicher Prüfung

Hinweis: Die bisherigen ärztlichen Tätigkeiten sowie eventuelle Erziehungs- und/oder Pflegezeiten seit bestandener ärztlicher Prüfung sind in zeitlicher Reihenfolge aufzulisten und die entsprechenden Belege beizufügen. Als Nachweis der aktuellen Tätigkeit reichen Sie bitte ein Zeugnis oder den Arbeitsvertrag mit der letzten Gehaltsabrechnung ein. Reicht der Platz auf dieser und der folgenden Seite nicht aus, kopieren Sie bitte die folgende Seite in ausreichender Anzahl.

1. Tätig ab

--	--	--	--	--	--	--	--

Tätig bis

--	--	--	--	--	--	--	--

Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)

--

2. Tätig ab

--	--	--	--	--	--	--	--

Tätig bis

--	--	--	--	--	--	--	--

Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)

--

3. Tätig ab

--	--	--	--	--	--	--	--

Tätig bis

--	--	--	--	--	--	--	--

Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)

--

4. Tätig ab

--	--	--	--	--	--	--	--

Tätig bis

--	--	--	--	--	--	--	--

Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)

--

5. Tätig ab

Tätig bis

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)

--

6. Tätig ab

Tätig bis

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)

--

7. Tätig ab

Tätig bis

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)

--

8. Tätig ab

Tätig bis

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)

--

9. Tätig ab

Tätig bis

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)

--

10. Tätig ab

Tätig bis

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)

--

11. Tätig ab

Tätig bis

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)

--

12. Tätig ab

Tätig bis

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)

--