

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS
Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg

Arztregister

AnsprechpartnerInnen:

Frau Cathrin Raguschke Tel.: 0391/627-6346

Frau Maria Mack Tel.: 0391/627-7347

Herr Felix Wagenbreth Tel.: 0391/627-6347

Für diesen Antrag ist die Schriftform vorgeschrieben und muss daher vom Antragsteller eigenhändig durch Namensunterschrift oder mittels notariell beglaubigten Handzeichen unterzeichnet sein. Eine empfangsbedürftige Willenserklärung wird nur wirksam, wenn die formgerecht errichtete Erklärung dem Erklärungsempfänger zugeht. Eine Übermittlung durch Telefax oder E-Mail genügt nicht. (Urteil des LSG Hamburg vom 20.05.2015 Az.: L 5 KA 50/13)

Antragsunterlagen

**Eintragung in das Arzt-/Ermächtigungsregister
des Zulassungsbezirkes Sachsen-Anhalt**

Erforderliche Unterlagen für den Antrag auf Eintragung in das Arzt-/Ermächtigungsregister

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen (gem. § 4 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren [Ärzte-ZV])

- Geburtsurkunde und ggf. Eheurkunde
- Meldebescheinigung oder Vorlage des Personalausweise als Nachweis der aktuell gültigen Wohnadresse
- Urkunde zur ärztlichen Prüfung (Staatsexamen)
- Urkunde über die Approbation als Arzt
- Urkunde der med. Promotion
- Anerkennung für bestimmte Gebiete, Fachkunden, Fakultative Weiterbildungen, Schwerpunkte und Bereiche nach der Weiterbildungsordnung
- Bescheinigungen bzw. Zeugnisse über die bisherige ärztliche Tätigkeit nach bestandener Prüfung bis zur Antragstellung
- für den Fall einer früheren Zulassung, Bescheinigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung

Die bezeichneten Unterlagen sind im Original beizufügen. Ist die Vorlage von Urschriften nicht möglich, können ausnahmsweise amtlich beglaubigte Abschriften beigelegt werden (§ 4 Abs. 3 Ärzte-ZV).

Ausländische Urkunden und Zeugnisse müssen ebenfalls im Original sowie mit beglaubigten Übersetzungen von öffentlich oder staatlich anerkannten Übersetzern vorgelegt werden.

Die vorgelegten Unterlagen verbleiben - mit Ausnahme der Originale - bei der hier anzulegenden Registerakte. Können die bezeichneten Unterlagen nicht als Originale oder amtlich beglaubigte Kopien vorgelegt werden, so ist der nachzuweisende Sachverhalt glaubhaft zu machen (§ 4 Abs. 4 Ärzte-ZV).

Wir bitten Sie, Folgendes zu beachten:

Der Antrag auf Eintragung in das Arztregister ist gebührenpflichtig. Hierfür sind gemäß § 98 Abs. 2 Ziff. 6 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) i. V. m. § 46 Abs. 1 Buchstabe a) der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) Gebühren in Höhe von 100,00 € zu zahlen. Der Betrag ist auf folgendes Konto zu entrichten.

Kontoinhaber: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Bankinstitut: Deutschen Apotheker- und Ärztebank Magdeburg
IBAN: DE95300606010003105067
BIC: DAAEEDDDXXX
Verwendungszweck: Arztregisterantrag

Sie haben ebenfalls die Möglichkeit, den Betrag bei Einreichung Ihres Antrages in der Abteilung Sicherstellung, Bereich Arztregister, in bar einzuzahlen.

Hinweis:

Die Gebühren sind mit der Antragstellung fällig. Die Bearbeitung des Antrages bzw. Ihre Eintragung in das Arztregister kann somit erst nach dem Zahlungseingang erfolgen.

Erläuterungen

1. Allgemeine Hinweise zum Ausfüllen des Antrages

Das Ausfüllen des Antrages ist digital möglich. Sollten Sie den Antrag handschriftlich ausfüllen, bitten wir Sie, den Antrag in eindeutig lesbarer Druckschrift auszufüllen. Fragen, die für Ihre Person nicht relevant sind und deshalb nicht beantwortet werden können, bitten wir, entsprechend mit „entfällt“ zu kennzeichnen.

2. Auszug aus der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der Fassung vom 20.02.2013

§ 1

(1) Für jeden Zulassungsbezirk führt die Kassenärztliche Vereinigung neben dem Arztregister die Registerakten.

(2) Das Arztregister erfasst

- a) die zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten,
- b) Ärzte, die die Voraussetzungen des § 3 und Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen des § 95c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen und ihre Eintragung nach § 4 beantragt haben.

(3) Diese Verordnung gilt für

1. die Psychotherapeuten und die dort angestellten Psychotherapeuten,
2. die medizinischen Versorgungszentren und die dort angestellten Ärzte und Psychotherapeuten sowie
3. die bei Vertragsärzten angestellten Ärzte und Psychotherapeuten entsprechend.

§ 2

(1) Das Arztregister muss die Angaben über die Person und die berufliche Tätigkeit des Arztes enthalten, die für die Zulassung von Bedeutung sind.

(2) Das Arztregister ist nach dem Muster der Anlage zu führen.

§ 3

(1) Die Eintragung in das Arztregister ist bei der nach § 4 zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen.

(2) Voraussetzungen für die Eintragung sind

- a) die Approbation als Arzt,
- b) der erfolgreiche Abschluss entweder einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung oder der Nachweis einer Qualifikation, die gemäß § 95a Abs. 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt ist.

(3) Eine allgemeinmedizinische Weiterbildung im Sinne von Absatz 2 Buchstabe b 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.

(4) 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:

- a) mindestens sechs Monate in der Praxis eines zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ermächtigten niedergelassenen Arztes,
- b) mindestens sechs Monate in zugelassenen Krankenhäusern,
- c) 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.

(5) Soweit die Tätigkeit als Arzt im Praktikum

- a) im Krankenhaus in den Gebieten Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinderheilkunde oder Nervenheilkunde oder
 - b) in der Praxis eines niedergelassenen Arztes abgeleistet worden ist,
- wird diese auf die Weiterbildung nach Absatz 2 Buchstabe b bis zur Höchstdauer von insgesamt 18 Monaten angerechnet.

§ 4

(1) Der Arzt ist in das Arztregister des Zulassungsbezirks einzutragen, in dem er seinen Wohnort hat. ²Sofern er keinen Wohnort im Geltungsbereich dieser Verordnung hat, steht ihm die Wahl des Arztregisters frei.

(2) Der Antrag muss die zur Eintragung erforderlichen Angaben enthalten. Die Angaben sind nachzuweisen, insbesondere sind beizufügen

- a) die Geburtsurkunde,
- b) die Urkunde über die Approbation als Arzt,
- c) der Nachweis über die ärztliche Tätigkeit nach bestandener ärztlicher Prüfung.

(3) An Stelle von Urschriften können ausnahmsweise amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.

(4) Können die in Absatz 2 bezeichneten Unterlagen nicht vorgelegt werden, sind die nachzuweisenden Tatsachen glaubhaft zu machen. Zur Glaubhaftmachung der Approbation als Arzt und der ärztlichen Tätigkeit (Absatz 2 Buchstaben b und c) genügt eine eidesstattliche Erklärung des Antragstellers allein nicht.

§ 5

(1) Verzieht ein im Arztregister eingetragener nicht zugelassener Arzt aus dem bisherigen Zulassungsbezirk, so wird er auf seinen Antrag in das für den neuen Wohnort zuständige Arztregister umgeschrieben.

(2) Wird ein Arzt zugelassen, so wird er von Amts wegen in das Arztregister umgeschrieben, das für den Vertragsarztsitz geführt wird.

(3) Die bisher registerführende Stelle hat einen Registerauszug und die Registerakten des Arztes der zuständigen registerführenden Stelle zu übersenden.

3. Datenschutz

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf gesetzlicher Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung über die Führung eines Arztregisters erhoben. Das Arztregister wird mittels EDV erstellt. Die Speicherung, Übermittlung und Löschung erfolgt nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften.

ENR					
------------	--	--	--	--	--

Die dunkelgrau getönten Felder werden von der KVSA ausgefüllt.

Angaben zum Antragsteller

Familienname

Titel

Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

ggf. Geburtsname

Geschlecht männlich weiblich

Staatsangehörigkeit, aktuell

Staat seit

Wohnort
(Straße, PLZ, Ort)

Telefon

Mobilfunk

Fax

E-Mail

Verfügen Sie über Fremdsprachenkenntnisse?

nein

ja, folgende

Fremdsprache 1

behandlungs- und diagnosefähig

nein

ja

Fremdsprache 2

behandlungs- und diagnosefähig

nein

ja

Fremdsprache 3

behandlungs- und diagnosefähig

nein

ja

Fremdsprache 4

behandlungs- und diagnosefähig

nein

ja

Fremdsprache 5

behandlungs- und diagnosefähig

nein

ja

Liegt eine anerkannte Erwerbsminderung vor?

nein

ja (bitte entsprechende Nachweise beifügen)

aner kennende
Stelle

Liegt eine anerkannte Schwerbeschädigung vor? (freiwillige Angabe)

nein

ja (bitte entsprechende Nachweise beifügen)

aner kennende
Stelle

Staatsexamen

am in

Approbation

am durch

Medizinische Promotion

am durch

Anerkennung zum Führen einer Gebiets- und ggf. Schwerpunktbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung

am als

am als

am als

am als

Sind Sie bereits in einem Arztregister eingetragen?

nein ja, bei der

Arztregisterstelle (KV)

Eintragungs-Nr.

Haben Sie die Absicht, demnächst eine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu beantragen?

nein

ja voraussichtlich am

geplanter Tätigkeitsort

als

Sind Sie zur Zeit niedergelassen?

nein

ja

seit

als

Sind Sie zur Zeit für die vertragsärztliche Versorgung ermächtigt?

nein

ja

Rechtsgrundlage Ärzte-ZV/Bundesmantelvertrag-Ärzte (Primär-/Ersatzkassen)

durch wen
(KV-Bezirk)

seit

als

Rechtsgrundlage

Leistungsumfang

Haben Sie Genehmigungen zu besonderen ärztlichen Tätigkeiten oder Behandlungsverfahren?

nein

ja

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

Bestand bereits eine Zulassung oder Ermächtigung als Vertragsarzt?

nein ja Zulassung Ermächtigung

Zeitraum KV-Bezirk

Beendigungs-
grund

Ist Ihnen die Approbation zu irgendeiner Zeit entzogen worden?

nein ja, im Zeitraum

vom bis

Entziehungs-
grund

von welcher
Stelle

Hat Ihre Approbation geruht?

nein ja, im Zeitraum

vom bis

Grund

Ist Ihnen die Berufsausübung als Arzt auf Grund gesetzlicher Bestimmungen zu irgendeiner Zeit untersagt worden?

nein ja, im Zeitraum

von bis

Grund

von welcher
Stelle

Aufstellung über die ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten seit dem Staatsexamen bis zum jetzigen Zeitpunkt in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge

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

Ort	Arbeitgeber/ Ausbildungsstätte	Abteilung
von	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	bis
von	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	bis
von	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	bis
von	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	bis
von	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	bis
von	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	bis
von	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	bis
von	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	bis
von	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	bis

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. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass das Arztregister mittels EDV erstellt wird und die Speicherung, Übermittlung und Löschung nur im Rahmen gesetzlicher Vorschriften erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift
Antragsteller