

**Arztregister für den
Zulassungsbezirk Düsseldorf**
Postanschrift:
40182 Düsseldorf

Kontakt:
☎ 0211 5970 - 8528
☎ 0211 5970 - 8522
☎ 0211 5970 - 9982

☎ 0211 5970 - 8521
☎ 0211 5970 - 8578
@ arztregister.duesseldorf@kvno.de

Besucheranschrift:
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf

Eingangsstempel der Kassenärztlichen Vereinigung
Nordrhein

Antrag auf Eintragung in das Arztregister des Zulassungsbezirkes Düsseldorf

Die Eintragung in das Arztregister stellt eine urkundliche Eintragung dar, d. h. es sind nach § 4 Abs. 3 Zulassungsverordnung Ärzte (Ärzte-ZV) Originalurkunden einzureichen. Ausnahmsweise können auch amtlich beglaubigte Urkunden akzeptiert werden. Zur amtlichen Beglaubigung berechtigt sind nach § 33 Abs. 1 S. 2 i. V. m. § 1 Abs. 1 des Verwaltungsverfahrensgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen die Behörden des Bundes, der bundesunmittelbaren Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts, der Länder, der Gemeinden und Gemeindeverbände und der sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden juristischen Personen des öffentlichen Rechts.

Diesem Antrag (**Seite 1 – 5**) fügen Sie bitte folgende Unterlagen (**Original und je eine einfache Kopie**) bei, ausländische Urkunden und Zeugnisse müssen ebenfalls im **Original sowie mit beglaubigten Übersetzungen** von öffentlich oder staatlich anerkannten Übersetzern vorgelegt werden:

- Geburtsurkunde, Einbürgerungsurkunde
- ggf. Urkunde aus der die geänderte Namensführung hervorgeht (als Einzelurkunde oder als Heiratsurkunde mit dem Zusatz über die geänderte Namensführung.
- letzter Abschnitt der ärztlichen Prüfung,
- Approbation als Arzt / Ärztin,
- Tätigkeitsnachweis als Arzt / Ärztin im Praktikum
- Med. Promotion,

- Anerkennung für eine bestimmte Gebiets- und/oder Zusatzbezeichnung bzw. eines Schwerpunktes oder einer fakultativen Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung,
- Bescheinigungen bzw. Zeugnisse über die bisherigen Tätigkeiten als Arzt seit der/dem bestandenen ärztlichen Prüfung / Diplom, (aus den Bescheinigungen bzw. Zeugnissen wird der Beschäftigungszeitraum entnommen. Hier bitten wir darauf zu achten, dass die genauen Zeiträume in den Zeugnissen angegeben sind. Bescheinigungen der Krankenhausverwaltung / Praxis über den Zeitraum der Beschäftigung werden ebenfalls anerkannt. Nicht anerkannt werden Gehaltsnachweise oder Dienstverträge.)
- Nachweis über das derzeit bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis, inkl. Eintrittsdatum. Der Nachweis darf nicht älter als drei Monate sein.
- Falls bereits privat niedergelassen oder privat niedergelassen gewesen; Bescheinigung der zuständigen Ärztekammer über Ort und Dauer.

Für das Verfahren wird gem. § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV eine Gebühr von 100 Euro erhoben. Die Gebühr ist bei Antragstellung fällig.

Hinsichtlich der Überweisung der Antragsgebühr werden Sie von uns eine Antragsnummer mitgeteilt bekommen. Bitte zahlen Sie erst dann und verwenden Sie nur diese Nummer im Verwendungszweck bei Überweisung.

										AR / ENR *	Düsseldorf
										Datum der Eintragung *	

Titel											
Familiename											
Vorname(n)											
Geburtsdaten		Geburtstag:					Geburtsort:				
Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich					<input type="checkbox"/> weiblich				
Staatsangehörigkeit		Staat:					seit:				
Wohnort		PLZ:			Ort:						
Straße, Haus-Nr.											
Telefon		Vorwahl:			Nummer:						
Fax		Vorwahl:			Nummer:						
E-Mail											

Staatsexamen	am							in						
Approbation	am							durch						
Med. Promotion	am							durch						
Facharztbezeichnung	am							als						
Schwerpunkt	am							als						
fakultative Weiterbildung	am							als						
Zusatzbezeichnung	am							als						
Fachkunde	am							als						
	am							als						
	am							als						
	am							als						
	am							als						
	am							als						

Sind Sie bereits in ein Arztregister eingetragen?	AR-Stelle:						Eintragungsnummer						

* wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ausgefüllt.

In welcher Fremdsprache kann eine Patientenbehandlung durchgeführt werden?	
Sprache:	Sprache:
Sprache:	Sprache:

<p>Ist Ihre Approbation zu irgendeiner Zeit widerrufen bzw. zurückgenommen worden oder wurde zu irgendeiner Zeit das Ruhen Ihrer Approbation angeordnet?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Widerruf der Approbation / Rücknahme durch : Zeitraum :</p> <p><input type="checkbox"/> Ruhen der Approbation durch : Zeitraum :</p>
--

<p>Ist Ihnen die Berufserlaubnis als Arzt / Ärztin aufgrund gesetzlicher Bestimmungen zu irgendeiner Zeit entzogen worden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja von : Zeitraum :</p>

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage des § 285 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Ärzte-ZV über die Führung eines Arztregisters erhoben.

Das Arztregister wird mittels EDV erstellt. Die Speicherung, Übermittlung und Löschung erfolgt nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften.

Datum

Unterschrift