

**Arztregister für den  
Zulassungsbezirk Köln**

Postanschrift:  
40182 Düsseldorf

Besucheranschrift:  
Sedanstr. 10 - 16  
50668 Köln

Ansprechpartner / Ansprechpartnerin:

☎ 0221 7763 – 6519      ☎ 0221 7763 – 6542  
☎ 0221 7763 – 6521      ☎ 0221 7763 – 6517  
☎ 0221 7763 – 6520      ☎ 0221 7763 – 6522  
☎ 0221 7763 – 6545

☎ 0221 7763 - 6500

@ [arztregister.koeln@kvno.de](mailto:arztregister.koeln@kvno.de)

Eingangsstempel der Kassenärztlichen Vereinigung  
Nordrhein

### Antrag auf Eintragung in das Arztregister für den Zulassungsbezirk Köln

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.

Arztregister des Zulassungsbezirks

										AR / ENR *	Köln				
										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.

**Aufstellung**  
**über die ärztliche Tätigkeit seit der/dem bestandenen ärztlichen Prüfung /**  
**Diplom in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge bis zum Tage der**  
**Antragstellung**

Bitte beginnen Sie hier mit dem Tag nach der/dem bestandenen ärztlichen Prüfung / Diplom und enden mit dem Datum der Antragstellung. Auch die ärztliche Tätigkeit bei der Bundeswehr, längere Vertretungen von Ärzten / Ärztinnen sowie frühere vertragsärztliche Tätigkeit oder Ermächtigung sind anzugeben. Bitte geben Sie auch die Zeiträume an, in denen keine ärztliche Tätigkeit ausgeübt wurde (auch Zeiten von Mutterschutz und Elternzeit).

Zeitraum														Arbeitgeber / Ort
von							bis							

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

Ist Ihre Approbation zu irgendeiner Zeit widerrufen bzw. zurückgenommen worden oder wurde zu irgendeiner Zeit das Ruhen Ihrer Approbation angeordnet?

nein

Widerruf der Approbation / Rücknahme  
durch :  
Zeitraum :

Ruhen der Approbation  
durch :  
Zeitraum :

Ist Ihnen die Berufserlaubnis als Arzt / Ärztin aufgrund gesetzlicher Bestimmungen zu irgendeiner Zeit entzogen worden?

nein

ja  
von :  
Zeitraum :

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