

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Arztregister Reutlingen
Haldenhastr. 11
72770 Reutlingen

Eingangsdatum:
Eintragungsdatum:



Antrag

zur selbständigen Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst und Vergabe einer LANR (NFD-Status) nach § 4 Abs. 7 Notfalldienstordnung der KVBW mit Wirkung vom 01.01.2014

Titel: _____

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geschlecht: männlich: weiblich:

Staatsangehörigkeit: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Straße, Nr.: _____

Telefon privat: _____

Telefon geschäftlich: _____

E-Mail: _____

Bankverbindung zur Auszahlung des ärztlichen Honorars aus der Teilnahme am vertragsärztlichen Notfall- bzw. Bereitschaftsdienstes:

Kontoinhaber: _____

Bankname: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Handelt es sich bei dem angegebenen Konto um ein Geschäftskonto?

ja nein

Ich bin zurzeit in keinem Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung eingetragen.

Ich bin im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung _____ eingetragen.

ENR: _____

I. Angaben zur Vergabe der LANR (NFD-Status)

Verfügen Sie über eine abgeschlossene und anerkannte ärztliche Weiterbildung?

ja nein

Wenn ja, über welche Weiterbildung verfügen Sie? _____

Falls Sie über keine abgeschlossene ärztliche Weiterbildung verfügen: Befinden Sie sich im letzten Jahr der ärztlichen Weiterbildung?

ja nein

Falls Sie über keine abgeschlossene ärztliche Weiterbildung verfügen: Waren Sie mindestens 2 Jahre klinisch tätig?

ja nein

Die **Approbation** wurde

- weder entzogen noch zum Ruhen gebracht.

Folgende erforderliche Unterlagen liegen dem Antrag bei:

1. Approbationsurkunde **im Original**
2. Polizeiliches Führungszeugnis (Ausstellungsdatum max. 3 Monate zurückliegend)
3. Erklärung zum Nachweis einer ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung (siehe Anlage)
4. Facharzturkunde
5. unterzeichnete Vereinbarung zur selbständigen Teilnahme am ärztlichen Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst der KVBW (siehe Anlage)

Falls Sie keine abgeschlossene ärztliche Weiterbildung vorweisen können:

6. Erklärung der Weiterbildungsstätte (siehe Anlage), dass Sie sich im letzten Jahr der ärztlichen Weiterbildung befinden

oder

7. tabellarischer Lebenslauf, aus dem die Stationen Ihrer mindestens zwei Jahre andauernden klinischen Tätigkeit ersichtlich werden

2. Wo möchten Sie Ihren Notfalldienst erbringen? (siehe Anlage)

- Notfalldienstbereich(e) _____
- darüber hinaus möchte ich freie Dienste außerhalb des angegebenen Notfalldienstbereiches angeboten bekommen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich regelmäßig an ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen teilnehme. Ferner versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich der KVBW, Arztregisterstelle, mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlagen:

- Anlage 1: Vereinbarung zur selbständigen Teilnahme am ärztlichen Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst der KVBW nach § 4 Abs. 7 der Notfalldienstordnung (NFD-O) der KVBW mit Wirkung vom 01.01.2014
- Anlage 2: Erklärung zum Nachweis einer ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung
- Anlage 3: Erklärung der Weiterbildungsstätte zum Nachweis der Teilnahme im letzten ärztlichen Weiterbildungsjahr
- Anlage 4: Übersicht der Notfalldienstbereiche in Baden-Württemberg