

Bitte ausgefüllten Antrag per E-Mail zurück an [arztregister@kvt.de](mailto:arztregister@kvt.de)

## Antrag auf Eintragung in die Warteliste der KV Thüringen – FACHÄRZTE

Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Eintragung in die Warteliste nach § 103 Abs. 5 SGB V benötigt. Eine Verweigerung der Angaben kann zur Folge haben, dass die Eintragung nicht erfolgt.

Name, Vorname: .....  
 Anschrift: .....  
 private E-Mail<sup>1</sup>: .....

Hiermit stelle ich den Antrag auf Eintragung in die Warteliste der KV Thüringen gemäß § 103 Abs. 5 SGB V für die Arztgruppe der Fachärzte.

Fachgebiet (bitte ankreuzen):	Planungsbereich (bitte ankreuzen):	
<input type="checkbox"/> Augenheilkunde	<input type="checkbox"/> Altenburger Land	<input type="checkbox"/> Saale-Holzland-Kreis
<input type="checkbox"/> Chirurgie und Orthopädie	<input type="checkbox"/> Eichsfeld	<input type="checkbox"/> Saale-Orla-Kreis
<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/> Erfurt, Stadt	<input type="checkbox"/> Saalfeld-Rudolstadt
<input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> Gotha	<input type="checkbox"/> Schmalkalden-Meiningen / Suhl
<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/> Greiz / Gera	<input type="checkbox"/> Sömmerda
<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/> Hildburghausen	<input type="checkbox"/> Sonneberg
<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/> Ilm-Kreis	<input type="checkbox"/> Unstrut-Hainich-Kreis
<input type="checkbox"/> Neurologie u. Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Jena, Stadt	<input type="checkbox"/> Wartburgkreis / Eisenach
<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/> Kyffhäuserkreis	<input type="checkbox"/> Weimarer Land / Weimar
<input type="checkbox"/> Psychiatrie & Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Nordhausen	
<input type="checkbox"/> Nervenheilkunde		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Anästhesie	<input type="checkbox"/> Mittelthüringen	<input type="checkbox"/> Ostthüringen
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie	<input type="checkbox"/> Nordthüringen	<input type="checkbox"/> Südwestthüringen
<input type="checkbox"/> Radiologie		
<input type="checkbox"/> Innere Medizin, fachärztlich tätig		

.....  
 Facharztbezeichnung eintragen, ggf. Schwerpunktbezeichnung angeben

<input type="checkbox"/> Humangenetik	<input type="checkbox"/> Pathologie	<input type="checkbox"/> Thüringen
<input type="checkbox"/> Labormedizin	<input type="checkbox"/> Physikalische & Rehabilitationsmedizin	
<input type="checkbox"/> Neurochirurgie	<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	
<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/> Transfusionsmedizin	

Ich bin im Arztregister der KV ..... unter der Nr. .... eingetragen, den **Arztregisterauszug füge ich bei** (nur notwendig bei Arztregistereintragung in anderer KV).

.....  
 Ort, Datum

1 Da die Eintragung in die Warteliste bei der Auswahl zur Übernahme einer Vertragsarztpraxis nach § 103 Abs. 4 SGB V Berücksichtigung finden kann, geben Sie bitte eine Mailadresse an, auf die nur Sie Zugriff haben; wir nehmen keine Mailadresse einer Betriebsstätte, Universität o.ä. an.