

Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses für
Psychotherapie Westfalen-Lippe
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6
44141 Dortmund



Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

E-Mail: ZA-Psychotherapie@KVWL.de
Fax: 0231 9432-86050

Antrag auf **Zulassung** zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung
im Sonderbedarf nach §§ 36, 37 Bedarfsplanungsrichtlinien

Antragsteller

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Geboren am:		Geburtsort:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Divers

Privatanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

ggf. zukünftiger Wohnort zum Zeitpunkt der Niederlassung:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	
Wirkungsdatum:			

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

Angaben zur beantragten Zulassung

- lokale Sonderbedarfszulassung
- qualitätsbezogene Sonderbedarfszulassung
- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)
- Ärztliche(r) Psychotherapeut(in)
- Facharzt(ärztin) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt(ärztin) für Psychotherapeutische Medizin

Umfang des Versorgungsauftrages

- voll drei Viertel hälftig

Fachgebiet (ggf. einschl. Fachkunde, Schwerpunktbezeichnungen und sonstige Bezeichnungen nach ärztlichem Weiterbildungsrecht)

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

mit Wirkung ab dem:	
----------------------------	--

Ausschreibungsverfahren

- Die Zulassung/Anstellung erfolgt im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens
(Ausgeschriebener Vertragssitz)

Übernahme der Praxis bzw. des Sitzes von

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

oder

Kennzahl der Ausschreibung:	
------------------------------------	--

Nur auszufüllen bei sofortiger Verlegung im Ausschreibungsverfahren:

- Ich/Wir beantrage(n) die Verlegung des Praxissitzes

nach:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV:

Kooperationen

Die Praxis wird zukünftig geführt als

Einzelpraxis

örtliche / überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit folgenden Partnern:

Titel, Vorname, Name, (sofern abweichend: Praxissitz und Fachgruppe des BAG-Partners)

Titel, Vorname, Name, (sofern abweichend: Praxissitz und Fachgruppe des BAG-Partners)

Titel, Vorname, Name, (sofern abweichend: Praxissitz und Fachgruppe des BAG-Partners)

Hinweis: Die Ausübung vertragstherapeutischer Tätigkeit in der Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu sind ein gesonderter, von allen Partnern der zukünftigen BAG unterschriebener Antrag sowie die Vorlage eines BAG-Vertrages erforderlich. Das Antragsformular finden Sie auf unserer Homepage www.kvwl.de.

Praxisgemeinschaft (PG)

(gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und –einrichtungen sowie Beschäftigung von Hilfspersonal bei getrennter Karteiführung und Abrechnung) mit folgenden Ärzten:

Titel, Vorname, Name, (sofern abweichend: Fachgruppe des PG-Partners)

Titel, Vorname, Name, (sofern abweichend: Fachgruppe des PG-Partners)

Lage der Praxisräume / Kooperation mit einem Krankenhaus

Die Praxis befindet sich in den Räumen einer Behörde, eines Krankenhauses o. ä.:

nein

ja. Die vertragliche Vereinbarung mit dem Kooperationspartner liegt bei.

Name der Institution

Begründung zum Sonderbedarf

Nach den Bestimmungen der Bedarfsplanungsrichtlinie (§§ 36, 37) hat der Zulassungsausschuss vor Erteilung einer Sonderbedarfszulassung die in der Bedarfsplanungsrichtlinie genannten Voraussetzungen zu prüfen, wobei für diese Prüfungen zum Teil auch Angaben des antragstellenden Arztes/Therapeuten erforderlich sind. Wir bitten Sie daher, zur Prüfung Ihres Vorhabens die Region zu benennen, die Sie vom Niederlassungsort aus versorgen möchten, sowie weitere Informationen zu dem von Ihnen beabsichtigten Leistungsangebot zu geben.

Des Weiteren bitten wir Sie um eine ausführliche Begründung, warum Sie den Sonderbedarf aus Versorgungsgesichtspunkten für erforderlich ansehen.

Ggf. fügen Sie bitte diesem Antrag eine Anlage bei.

Allgemeine Angaben:
(Bitte definieren Sie die Region anhand von Stadt-, Kreis- und/oder Gemeindegrenzen, die vom beantragten Ort der Niederlassung/Anstellung aus versorgt werden soll)

Beantragtes Leistungsspektrum sowie Begründung des Sonderbedarfs aus Versorgungsgesichtspunkten

Sofern Sie die Tätigkeit im Rahmen einer BAG ausüben möchten, bitten wir Sie um Angaben zu den Wartezeiten sowie der Auslastung der bereits am Standort tätigen Psychotherapeuten

Sofern der Versorgungsbedarf noch nicht dauerhaft gesehen wird, erteilt der Zulassungsausschuss erfahrungsgemäß eine zeitlich befristete Ermächtigung. Diese kann nur dann erteilt werden, wenn der entsprechende Antrag von Ihnen gestellt wurde. Um bei der Prüfung der Versorgungssituation hinsichtlich des Sonderbedarfes die Versorgungssituation bezüglich einer Ermächtigung ebenfalls zu beurteilen empfehlen wir, zeitgleich einen Antrag auf Erstermächtigung einzureichen.

Weitere Tätigkeiten neben der vertragstherapeutischen Versorgung

- Ich werde keine weitere Tätigkeit ausüben
- Es ist eine weitere Tätigkeit geplant bzw. eine bestehende Tätigkeit wird weiterhin ausgeübt (Vertrag und ggf. weitere Angaben bitte als Anlage beifügen).

Name der Institution:	
in (Anschrift)	
im Umfang von (Wochenstunden)	

Eintragung in das Arzt-/Psychotherapeutenregister

ist erfolgt am:		wurde beantragt am:	
bei der Kassenärztlichen Vereinigung:			

Angaben zur Aus- und Weiterbildung:

Sofern eine Arzt-/Psychotherapeutenregistereintragung vorliegt ist eine Angabe der Daten unter „Aus- und Weiterbildung“ nicht erforderlich. Nach der Arztregistereintragung erworbene Weiterbildungen ggf. ergänzen.

Approbation erteilt durch:		am:	
-----------------------------------	--	------------	--

Therapeut:	Genauere Bezeichnung:	Prüfung am / Anerkennung am:
Diplom als:		
Anerkennung als:		
Richtlinienverfahren:		
Zusatzbez. Klinische Neuropsychologie		

Arzt:	Genauere Bezeichnung:	Prüfung am / Anerkennung am:
Facharztanerkennung als:		
Schwerpunkt- bezeichnung:		
Fakultative Weiterbildung:		
Besondere Fachkunde:		
Zusatzbezeichnung:*		
Zusatzweiterbildung:		
Richtlinienverfahren:		

*Zusatzbezeichnung fachgebunden: ja

nein

**Angaben über die psychotherapeutische Tätigkeit vom Zeitpunkt der
Approbation bis zum Tage der Antragstellung**

Geben Sie bitte insbesondere an, ob Sie bereits als Vertragstherapeut zugelassen, oder in einem MVZ/in einer Praxis angestellt waren oder sind. Bitte benennen Sie auch Sitz bzw. Arbeitgeber sowie Zulassungs- bzw. Beschäftigungszeitraum. Ggf. nutzen Sie bitte eine gesonderte Aufstellung und fügen diese als Anlage bei:

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

Erforderliche Erklärungen zum Antrag

nur von Ärzten auszufüllen: Erklärung zur Teilnahme am Notfalldienst

- Ich erkläre hiermit, dass ich nach der "Gemeinsamen Notfalldienstordnung" der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in der jeweils gültigen Fassung am organisierten ärztlichen Notfalldienst teilnehmen werde.

Erklärung hinsichtlich Drogen- und Alkoholabhängigkeit

- Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht war. Ich erkläre weiter, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nicht unterzogen habe und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Erklärung über ein bestehendes Dienst- und Beschäftigungsverhältnis

- Ich erkläre hiermit, dass ich zurzeit in **keinem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit stehe.
- Ich erkläre hiermit, dass ich zurzeit in **einem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit stehe.

im Umfang von (Wochenstunden)

Das Beschäftigungsverhältnis wird wurde
gekündigt mit Wirkung vom:

Das Beschäftigungsverhältnis wird fortgeführt mit
(Wochenstunden)

Sollten sich im Hinblick auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses Änderungen ergeben, ist der Zulassungsausschuss schriftlich in Kenntnis zu setzen.

Erklärung zur Datenerhebung:

- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde ich der KVWL mitteilen.

Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

- Der Nachweis nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist als Anlage beigefügt.

Antragsgebühr

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von **100,00 EUR** wurde an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:

(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)

Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

Anlagen: Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- unterschriebener Lebenslauf
- Auszug aus dem Arztregister (sofern nicht im Bereich der KVWL eingetragen)
- Bestätigung (Quittung) der Beantragung eines Führungszeugnisses Belegart „0“
 - Ich erkläre an Eides statt, dass im beantragten Führungszeugnis keine Eintragung zu meinem Nachteil enthalten ist.

(Sollte das Führungszeugnis zum Sitzungstermin noch nicht vorliegen, kann durch Abgabe der eidesstattlichen Erklärung ggf. eine Vertagung der Verhandlung des Zulassungsausschusses vermieden werden.)

- Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes
(Informationen hierzu finden Sie in den Erläuterungen zum Antrag.)

Bitte beachten Sie die [Erläuterungen](#) zu der Antragsstellung und unsere [Antragsfristen](#).

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)