



Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Registerstelle Psychotherapeuten
Robert-Schimrigk-Straße 4 - 6
44141 Dortmund

Tel.: 0231/9432-9450
Fax: 0231/9432-80450

Antrag auf Eintragung in das Psychotherapeutenregister

Angaben zur Person¹

Name:			
Geburtsname:			
Vorname:		Rufname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
(aktuelle) Staatsangehörigkeit:		seit dem:	
Aktueller Wohnort			
PLZ/Ort:			
Straße/Hausnr.:			

¹ Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird davon abgesehen, bei Fehlen einer geschlechtsneutralen Formulierung sowohl die männliche als auch weitere Formen anzuführen. Die in diesem Antrag gewählten männlichen Formulierungen gelten deshalb uneingeschränkt auch für die weiteren Geschlechter.

Kontaktdaten

Telefon:		Mobil:	
----------	--	--------	--

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

Dem Antrag sind folgende Unterlagen im Original beizufügen, ausnahmsweise können auch amtlich beglaubigte Abschriften akzeptiert werden:

- Geburtsurkunde (oder entsprechender Nachweis aus dem Personenstandsregister) gegebenenfalls Urkunde über Namensänderung (zum Beispiel Heiratsurkunde, Auszug aus dem Familienbuch). Alternativ kann der aktuelle Personalausweis vorgelegt werden, wenn alle Namensführungen (Geburtsname, Familienname, Vornamen) daraus ersichtlich sind.

- Zeugnis über den Studienabschluss

- Approbationsurkunde

- Zeugnis über die staatliche Prüfung (§ 2 Abs. 1 PsychThG) bzw. Zeugnisse/Bescheinigungen über die Qualifikation im Richtlinienverfahren (§ 2 Abs. 2 und Abs. 3 PsychThG)

- Optional: Nachweise/Zeugnisse über bisherige psychotherapeutische Tätigkeiten nach Erhalt der Approbation (siehe Anlage 1 zum Antrag)

- Optional: Promotionsurkunde beziehungsweise Nachweise über die Berechtigung zum Führen akademischer Grade oder Titel (z. B. Diplomurkunde/Bachelor-, Masterurkunde)

Anmerkungen

- Die oben genannten Unterlagen/Dokumente verbleiben – mit Ausnahme von Originalen – bei der Registerstelle.

Bei Antragstellung ist nach § 46 Abs. 1a Ärzte-ZV eine Gebühr in Höhe von 100,-EUR auf folgendes Konto zu entrichten:

- Deutsche Apotheker- und Ärztebank Dortmund
IBAN DE82300606010002613123
BIC DAAEDEDXXX

Diese Gebühr muss unbedingt mit der Angabe „PTG“ und dem Namen des Antragstellers überwiesen werden. Wir bitten Sie, die Gebühr nicht vor, sondern nach der Antragstellung/Antragsabgabe zu überweisen, da sonst eine korrekte Zuordnung durch unsere Buchhaltung nicht möglich ist.

- Weitere hilfreiche Tipps und Anmerkungen zur Antragstellung finden Sie auf unserer Homepage (www.kvwl.de).

Angaben zur Aus- und Weiterbildung

• Hochschulabschluss	Datum:	
----------------------	--------	--

Abschluss:	
------------	--

Ort/Hochschule:	
-----------------	--

• Approbation als

<input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut	Datum:	
--	--------	--

Approbationsbehörde:	
----------------------	--

<input type="checkbox"/> Kinder- u. Jugendlichen-psychotherapeut	Datum:	
--	--------	--

Approbationsbehörde:	
----------------------	--

• Promotion (optional)	Datum:	
-------------------------------	--------	--

Ort/Hochschule:	
-----------------	--

Fremdsprachenkenntnisse (Kenntnisse ausreichend für Diagnose und Behandlung)

Sprache:	
----------	--

Sprache:	
----------	--

Sprache:	
----------	--

Sprache:	
----------	--

Teilnahme an der (vertrags-)psychotherapeutischen Versorgung

• Sind Sie bereits in einem Arzt-/Psychotherapeutenregister eingetragen?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--	--------------------------	----	--------------------------	------

KV/Registerstelle:	
--------------------	--

Eintragungsnummer:	
--------------------	--

<ul style="list-style-type: none"> Haben Sie bereits früher an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilgenommen oder nehmen Sie derzeit an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teil? 	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--	--------------------------	----	--------------------------	------

In welchem KV-Bereich?	
------------------------	--

<input type="checkbox"/>	als zugelassener Psychotherapeut	von:		bis:	
<input type="checkbox"/>	als ermächtigter Psychotherapeut	von:		bis:	
<input type="checkbox"/>	als angestellter Psychotherapeut	von:		bis:	

Angaben zur Approbation

<ul style="list-style-type: none"> Ist Ihnen die Approbation zu irgendeinem Zeitpunkt entzogen worden? 	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--	--------------------------	----	--------------------------	------

Zeitraum:	von:		bis:	
-----------	------	--	------	--

Durch welche Stelle?	
----------------------	--

Grund:	

<ul style="list-style-type: none"> Hat Ihre Approbation zu irgendeiner Zeit geruht? 	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
---	--------------------------	----	--------------------------	------

Zeitraum:	von:		bis:	
-----------	------	--	------	--

Grund:	

<ul style="list-style-type: none"> Ist Ihnen zu irgendeiner Zeit die Berufsausübung als Psychotherapeut verboten worden? 	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--	--------------------------	----	--------------------------	------

Zeitraum:	von:		bis:	
-----------	------	--	------	--

Durch welche Stelle?	
----------------------	--

Grund:	

Ich versichere, dass die von mir in diesem Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen werde ich unverzüglich der Registerstelle mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift / ggf. Stempel

