



**Antrag auf Eintragung in das Arzt-/Psychotherapeutenregister als  
Psychologische/r Psychotherapeut/in  
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/in**

Fragen, die für Sie nicht zutreffen, bitten wir mit dem Vermerk "entfällt" zu kennzeichnen

Diesem Antrag füge ich folgende Unterlagen im **Original** bei: (Die Originalunterlagen werden unmittelbar nach Einsichtnahme zurückgesandt)

Geburtsurkunde / Urkunde über die Namensänderung

Zeugnis über Studienabschluss (z. B. Diplomurkunde)

Approbationsurkunde

Promotionsurkunde

Bescheinigungen und sonstige Unterlagen zum Nachweis der Fachkunde. Ggf. Zeugnis über die staatliche Prüfung für Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten.

Bescheinigungen bzw. Zeugnisse über bisherige psychotherapeutische Tätigkeiten (vgl. Anlage 1)

Anmerkung: Für diesen Antrag ist eine Gebühr von Eur 100,- zu entrichten (§ 46 Abs. 1 a, § 1 Abs. 3 Ärzte-ZV). Die Gebühr ist auf folgendes Konto einzuzahlen, Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Dortmund, BLZ: 44060604, Kontonummer: 2613123, Verwendungszweck: Arztregistergebühr PTG, oder bar in unserem Hause zu entrichten.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Änderungen werde ich unverzüglich der Registerstelle mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Prüfvermerk:

Der Antragsteller erfüllt – nicht – die Voraussetzungen und ist – nicht – in das Arzt-/Psychotherapeutenregister einzutragen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Die grau getönten Felder werden von der Registerstelle ausgefüllt!**

111	Familienname												
112	akademische Grade												
113	Vornamen												
114	Geburtsdaten	Geburtstag						Geburtsort					
115	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich						<input type="checkbox"/> weiblich					
117	Staatsangehörigkeit jetzt	Staat						Seit					
211	Wohnort	PLZ				Ort							
212	Straße, Nr.												
213	Telefon	Vorwahl-Nr.				Ruf-Nr.							
221	Praxis	PLZ				Ort							
222	Straße, Nr.												
223	Telefon	Vorwahl-Nr.				Ruf-Nr.							
311	Abschlusszeugnis (z. B. Diplom) im Studiengang Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik oder gleichwertigem Studiengang.	am						bei					
	Approbation als Psychologische/r Psychotherapeut/in	am						durch					
	Approbation als Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/in	am						durch					
	Promotion	am						durch					
412	Sind Sie bereits in ein Arzt-/ Psychotherapeutenregister eingetragen? Falls ja: Arzt-/Psychotherapeutenregisterauszug beigefügt <input type="checkbox"/>	AR -Stelle				Eintragungs-Nr.							
413	z.Zt. niedergelassen	am						als					
721	Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?	Sprache:											
722		Sprache:											
723		Sprache:											
724		Sprache:											
725		Sprache:											
Wird von der KV ausgefüllt													
001		AR											
002		ENR											
003		ANR											
411		Datum der Eintragung											

**Fachkundenachweis** (bitte Zutreffendes ankreuzen)

**Hinweis:** Die konkreten Voraussetzungen für den Fachkundenachweis hängen davon ab, nach welcher Rechtsgrundlage Ihre Approbation erteilt wurde. Soweit sich diese nicht eindeutig aus Schriftsätzen Ihrer Approbationsbehörde (z. B. Begleitschreiben zur Approbationsurkunde) ergibt, wenden Sie sich bitte zur Erteilung einer entsprechenden Bescheinigung an Ihre Approbationsbehörde.

<input type="checkbox"/> Approbation nach § 2 Abs. 1 PsychThG Regelhafte Ausbildung an einem staatl. Anerkannten Institut  Die vertiefte Ausbildung gem. § 8 Abs. 3 Nr. 1 PsychThG wurde erfolgreich abgeschlossen in: _____  <b>Die Fachkunde wird nachgewiesen durch ein entsprechendes Zeugnis der Ausbildungsstätte (Zeugnis über die staatliche Prüfung muss beigelegt werden).</b>	Behandlungsverfahren
<input type="checkbox"/> Approbation nach § 2 Abs. 2 und 3 PsychThG Gleichwertige im Ausland abgeschlossene Ausbildung; Ausländer aus Drittstaaten (nicht EU und EWR)  Die der Approbation zugrundeliegende Ausbildung und Prüfung wurde abgeschlossen in: _____  <b>Für den Fachkundenachweis bitte die der Approbation zugrundeliegenden Zeugnisse, Bescheinigungen und Unterlagen beilegen.</b>	Behandlungsverfahren
<input type="checkbox"/> Approbation nach § 12 PsychThG Übergangsregelung	
<input type="checkbox"/> Ich habe am 31.12.1998 in <u>Westfalen-Lippe</u> am Delegationsverfahren mitgewirkt.	<b>Die Fachkunde wird nachgewiesen durch eine Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe über die Mitwirkung am Delegationsverfahren.</b>
<input type="checkbox"/> Ich habe am 31.12.1998 <u>außerhalb von Westfalen-Lippe</u> am Delegationsverfahren mitgewirkt.	<b>Die Fachkunde wird nachgewiesen durch eine Bescheinigung über die Mitwirkung am Delegationsverfahren, ausgestellt durch die</b>  <b>Kassenärztliche Vereinigung:</b>
<input type="checkbox"/> Ich habe die für eine Mitwirkung am Delegationsverfahren vorausgesetzte Qualifikation erworben.	<b>Die Fachkunde wird nachgewiesen durch eine schriftliche Anerkennung der Qualifikation durch eine Kassenärztliche Vereinigung</b>  <b>oder</b>  <b>durch das Zeugnis eines nach der Psychotherapievereinbarung in der am 31.12.1998 geltenden Fassung anerkannten Ausbildungsinstituts über den erfolgreichen Abschluß einer Zusatzausbildung nach § 3 vorgenannter Psychotherapie-Vereinbarung.</b>
<input type="checkbox"/> Ich habe weder am Delegationsverfahren teilgenommen noch verfüge ich über die Qualifikation für eine solche Mitwirkung.	<b>Die Fachkunde wird gemäß <u>Anlage 2</u> nachgewiesen.</b>

Welche psychotherapeutische Tätigkeit üben Sie zur Zeit hauptberuflich aus?

Tätigkeit/Dienststellung

Beschäftigungsort/Dienststelle

Welche sonstige psychotherapeutische Tätigkeit üben Sie noch aus?

Tätigkeit

Bei

Haben Sie bereits früher an der vertragsärztlichen-/psychotherapeutischen Versorgung teilgenommen oder nehmen Sie zur Zeit an der vertragsärztlichen-/psychotherapeutischen Versorgung teil?

nein  ja

Falls ja, im Bereich der KV

im Delegationsverfahren

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

als zugelassener Psychotherapeut

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

als ermächtigter Psychotherapeut

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Bitte Bescheid beifügen!**

Ist Ihnen die Approbation zu irgendeiner Zeit entzogen worden?

nein  ja

Falls ja, von welcher Stelle?

für welchen Zeitraum?

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Grund:

**Bitte Bescheid beifügen!**

Ist Ihnen zu irgendeiner Zeit das Ruhen Ihrer Approbation angeordnet worden?

nein  ja

Falls ja, von welcher Stelle?

für welchen Zeitraum?

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Grund:

**Bitte Bescheid beifügen!**

Ist Ihnen zu irgendeiner Zeit aufgrund gesetzlicher Bestimmungen die Berufsausübung als Psychotherapeut verboten worden?

nein  ja

Falls ja, von welcher Stelle?

für welchen Zeitraum?

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Grund:

**Bitte Urteil beifügen!**

Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Vertragspsychotherapeut niederzulassen?

nein

ja

Falls ja, voraussichtlich wann?

wo?

als?

---

---

---

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Psychotherapeuten



**Bitte nur ausfüllen, wenn Sie nach § 12 PsychThG approbiert wurden und am 31.12.1998 weder am Delegationsverfahren mitwirkten noch über die Qualifikation zur Mitwirkung am Delegationsverfahren verfügten**

\_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geb.- Datum \_\_\_\_\_

**Die Fachkunde wird nachgewiesen durch:**  
(bitte zutreffendes ankreuzen)

**1. Alternative**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4000 Stunden psychotherapeutische Berufstätigkeit, die nach dem 31.12.1988 in einem Richtlinienverfahren erbracht wurde, und zwar in
	<input type="checkbox"/>	analytischer Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie
	<b>und</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	140 Stunden theoretische Ausbildung, die in einem Richtlinienverfahren vermittelt wurde, und zwar in
	<input type="checkbox"/>	analytischer Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie

**oder**

**2. Alternative**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60 dokumentierte und abgeschlossene Behandlungsfälle, die nach dem 31.12.1988 in einem Richtlinienverfahren erbracht wurden, und zwar in
	<input type="checkbox"/>	analytischer Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie
	<b>und</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	140 Stunden theoretische Ausbildung, die in einem Richtlinienverfahren vermittelt wurde, und zwar in
	<input type="checkbox"/>	analytischer Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie

**oder**

**3. Alternative**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2000 Stunden psychotherapeutische Berufstätigkeit, die in einem Richtlinienverfahren erbracht wurde, und zwar in
	<input type="checkbox"/>	analytischer Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie
	<b>und</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fünf Behandlungsfälle unter Supervision mit insgesamt 250 Behandlungsstunden, die in einem Richtlinienverfahren erbracht wurden, und zwar in
	<input type="checkbox"/>	analytischer Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie
	<b>und</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	280 Stunden theoretische Ausbildung, die in einem Richtlinienverfahren vermittelt wurde, und zwar in
	<input type="checkbox"/>	analytischer Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie

oder

**4. Alternative**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30 dokumentierte und abgeschlossene Behandlungsfälle, die in einem Richtlinienverfahren erbracht wurden, und zwar in
	<input type="checkbox"/>	analytischer Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie
	<b>und</b>	
	<input type="checkbox"/>	fünf Behandlungsfälle unter Supervision mit insgesamt 250 Behandlungsstunden, die in einem Richtlinienverfahren erbracht wurden, und zwar in
	<input type="checkbox"/>	analytischer Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie
	<b>und</b>	
	<input type="checkbox"/>	280 Stunden theoretische Ausbildung, die in einem Richtlinienverfahren vermittelt wurde, und zwar in
	<input type="checkbox"/>	analytischer Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie

oder

**5. Alternative**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Weiterbildung zum "Fachpsychologen in d. Medizin" im Sinne von § 12 Abs. 2 PsychThG, die in einem Richtlinienverfahren vermittelt wurde, und zwar in
	<input type="checkbox"/>	analytischer Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
	<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie