

An die  
Geschäftsstelle des  
Zulassungsausschusses  
für Psychotherapie Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Straße 4 - 6  
44141 Dortmund

## Antrag auf Beschäftigung eines angestellten Therapeuten als

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)  
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)

gemäß § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V i. V. m. § 32 b Absatz 1 der Ärzte-ZV  
**im Nachbesetzungsverfahren gemäß § 103 Abs. 4b SGB V**

Name des antragstellenden Therapeuten: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

(Ort, Straße, Hausnummer) \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

beabsichtigter Beschäftigungsbeginn: \_\_\_\_\_

- beabsichtigter Beschäftigungsumfang:  bis zu 10 Stunden pro Woche  
 über 10 bis 20 Stunden pro Woche  
 über 20 bis 30 Stunden pro Woche  
 über 30 Stunden pro Woche

genaue Stundenzahl: \_\_\_\_\_ (bitte unbedingt angeben!)

Die Antragsgebühr gemäß § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,-- EUR begleiche ich mit anliegender Abbuchungserklärung.

Etwaige  
Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Antrag-  
stellers (Praxisinhabers)

**Angaben zum anzustellenden Therapeuten:**

---

1. Vor- und Zuname, akad. Titel: \_\_\_\_\_  
Wohnort, Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
Telefon: privat \_\_\_\_\_ tagsüber: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

---

2. Approbation: \_\_\_\_\_  
Promotion: \_\_\_\_\_  
Diplom als \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
Anerkennung als \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

---

**3. Arztregistereintragung**

ist erfolgt am \_\_\_\_\_  wurde beantragt am \_\_\_\_\_  
bei der Kassenärztlichen Vereinigung \_\_\_\_\_

---

Waren **bzw.** sind Sie bereits als angestellter Therapeut in einer Praxis tätig?

ja  nein

---

**4. Nachweis über die vertragstherapeutische Tätigkeit des anzustellenden Therapeuten vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tage der Antragstellung**

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des  
anzustellenden Therapeuten

Tag des Eingangs des Antrages (von der Geschäftsstelle auszufüllen)
--

## Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Beschäftigung eines angestellten Therapeuten i. S. des § 95 Abs. 9 SGB V i. V. m. § 32 b Absatz 1 der Ärzte-ZV sind gemäß § 1 Abs. 3 und § 18 Absatz 2 - 4 Ärzte-ZV nachstehende Unterlagen des angestellten Therapeuten beizufügen:

- ein Auszug aus dem Arztregister
- unterschriebener Lebenslauf
- ein polizeiliches Führungszeugnis mit der Bezeichnung "0". Bei der Meldestelle (Einwohnermeldeamt) ist unbedingt anzugeben, dass ein polizeiliches Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde beantragt wird. Als Behörde ist unten links im Führungszeugnis anzugeben:  
Zulassungsausschuss für  
Psychotherapie Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Straße 4 - 6  
44141 Dortmund.

Dieses polizeiliche Führungszeugnis wird nicht dem antragstellenden Therapeuten, sondern dem Zulassungsausschuss direkt vom Bundeszentralregister übermittelt.

Bitte bei Beantragung beachten:

Das Führungszeugnis hat **sechs Monate Gültigkeit**; es darf bei Aufnahme der Tätigkeit nicht älter als 1/2 Jahr sein.

Das polizeiliche Führungszeugnis mit der Bezeichnung "N" (diese Bezeichnung wird von der Meldestelle oben links eingetragen) hat keine Gültigkeit.

- Erklärung des angestellten Therapeuten über ein bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder Ausübung einer sonstigen nicht ehrenamtliche Tätigkeit (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung hinsichtlich Rauschgiftsucht bzw. Trunksucht gemäß § 18 Absatz 2 Buchstabe e Ärzte-ZV (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung über die Beendigung der bestehenden Genehmigung zur Anstellung eines Therapeuten (liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 120,- EUR vom Praxisinhaber. **Es wird um Verständnis gebeten, dass gemäß § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der gemäß § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.**
- schriftlicher Arbeitsvertrag

Originalunterlagen werden unmittelbar nach Einsichtnahme zurückgesandt.

## Erklärung

im Sinne von §§ 20, 21 Ärzte-ZV

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin und es auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war.

Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre nicht einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des psychotherapeutischen Berufes nicht entgegenstehen.

Ich erkläre, dass ich ab Aufnahme der Tätigkeit in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung persönlich und im angegebenen Umfang für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehe.

Ich habe zur Zeit keine anerkannte Schwerbehinderung.

Falls ja: Minderung der Erwerbsfähigkeit von \_\_\_\_\_ % Versorgungsamt \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

---

Ich erkläre, dass ich zur Zeit in **einem / keinem** (bitte Nichtzutreffendes streichen) Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit in einem Umfang von \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche/Vollzeit stehe.

Das Beschäftigungsverhältnis oder die sonstige Tätigkeit ist mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ gekündigt worden bzw. wird mit \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche fortgeführt.

Sollten sich im Hinblick auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses oder der sonstigen Tätigkeit Änderungen ergeben, ist der Zulassungsausschuss für Psychotherapie schriftlich davon in Kenntnis zu setzen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name  
(Stempel oder Druckschrift des antragstellenden Therapeuten)

**Beendigung der Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Therapeuten nach § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V i. V. m. § 32 b Absatz 1 der Ärzte-ZV**

Hiermit zeige ich an, dass die Beschäftigung als angestellte/r Therapeut(in) des/der Herrn/Frau

\_\_\_\_\_

mit Ablauf des \_\_\_\_\_ beendet wird/wurde.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Anschrift:

---

---

---

---

---

## Erklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die nach § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV entstandene Gebühr in Höhe von 120,-- EUR von meiner Kassenabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift + Stempel

## Buchhaltung

AKK Dortmund

erledigt am: \_\_\_\_\_