

**Antrag auf
Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung**

1. Antragsteller

Titel (akad. Grad), Name Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde -

Geburtsdatum Geburtsort (Gemeinde, Land)

Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

künftige Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Niederlassung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

**2. Ich beantrage die Zulassung
zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung**

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

(Praxisanschrift) _____
(Straße, Nr.)

(PLZ, Ort, Ortsteil, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

zum _____
Wohnort zum Zeitpunkt der Praxisaufnahme voraussichtl. Niederlassungsdatum

Die Praxis befindet sich in den Räumlichkeiten einer Behörde, eines Krankenhauses o.ä.:
 ja Name der Institution _____ nein

Ist eine Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft geplant, ggf. mit wem?
(Gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und
Praxiseinrichtungen, sowie die gemeinsame
Beschäftigung von Hilfspersonal bei getrennter
Karteiführung, Behandlung und Abrechnung.)

Wird die Praxis eines anderen Psychotherapeuten übernommen, ggf. von wem?

Zulassungsvoraussetzungen

3.1 Approbation

- ja vom _____ durch _____
- nein
- Diplom als _____ seit _____
- Facharzt als _____ seit _____

3.2 Arztregistereintragung

- ist erfolgt am _____ wurde beantragt am _____
bei der Kassenärztlichen Vereinigung _____
- Waren bzw. sind Sie zur Vertragspraxis zugelassen? ja nein
- Praxissitz _____ von _____ bis _____ als _____
-

4. Derzeitige berufliche Tätigkeit

- Dienst-/Beschäftigungsverhältnis
als _____ bei _____
die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden
- zugelassener Psychotherapeut zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen
Versorgung ermächtigter Psychotherapeut
- zugelassener Arzt
im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung _____
- Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum _____
- derzeit nicht in einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis
-

5. Andere Tätigkeit außerhalb der Zulassung

- keine Tätigkeit Nebentätigkeit
(beiliegende Erklärung bitte beachten / Anlage 4)
-

6. Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen bei:

(anstelle von Originalen können amtlich beglaubigte Abschriften beigelegt werden)

- Bescheid über Eintragung in das Arztregister, sofern Sie bei einer anderen Arztregisterstelle vorgenommen wurde
- Bescheinigungen / Zeugnisse über die bisherigen psychotherapeutischen Tätigkeiten, soweit sie nicht dem Antrag auf Eintragung in das Arztregister beigelegt wurden (vgl. Aufstellung Anlage 1)
- tabellarischer Lebenslauf (mit Unterschrift und Datum)
- Führungszeugnis – **Belegart 0**
 - wurde beantragt am _____ bei _____

Das Führungszeugnis darf zum Zeitpunkt der Zulassung nicht älter als 6 Monate sein.

- Erklärungen im Sinne von §§ 20, 21 Ärzte-ZV (Anlage 2)
- Die Gebühr von EUR 100,- für den Antrag auf Zulassung wurde am _____ gezahlt/überwiesen (Kontonummer 2613123, BLZ 440 606 04, Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Dortmund)
- Sprechstundenzeiten (Anlage 3)
- Erklärung zur Nebentätigkeit (Anlage 4)

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Tag des Eingangs des Zulassungsantrages
(von der Geschäftsstelle auszufüllen)

Hinweis:

Die Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeit in der Gemeinschaftspraxis bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein gesonderter, von allen Partnern der zukünftigen Gemeinschaftspraxis unterschriebener, formloser Antrag sowie die Vorlage eines Gemeinschaftspraxisvertrages erforderlich.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gem. § 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.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass meine Zulassung im Vertragsverzeichnis der KVWL veröffentlicht wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 2

Erklärung

im Sinne von §§ 20, 21 Ärzte-ZV

Ich erkläre, 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 erforderlichen Maße für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehe.

Ich habe zur Zeit keine anerkannte Schwerbeschädigung.

Falls ja: Minderung der Erwerbsfähigkeit von _____ % ausgestellt vom Versorgungsamt _____.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 3

Nach erfolgter Zulassung werde ich in meiner Praxis **Sprechstunden** voraussichtlich gemäß folgender Aufstellung abhalten:

	<u>Nach Vereinbarung</u>		<u>Nach Vereinbarung</u>	
Montag	vormittags	bis	nachmittags	bis
Dienstag	vormittags	bis	nachmittags	bis
Mittwoch	vormittags	bis	nachmittags	bis
Donnerstag	vormittags	bis	nachmittags	bis
Freitag	vormittags	bis	nachmittags	bis
Samstag	vormittags	bis	nachmittags	bis

Innerhalb der angegebenen Sprechstundenzeiten ist täglich eine offene Sprechstunde anzubieten.

Diese werde ich voraussichtlich wie folgt anbieten:

	<u>Offene Sprechstunde</u>		oder	<u>Offene Sprechstunde</u>	
Montag	vormittags	bis	nachmittags	bis	
Dienstag	vormittags	bis	nachmittags	bis	
Mittwoch	vormittags	bis	nachmittags	bis	
Donnerstag	vormittags	bis	nachmittags	bis	
Freitag	vormittags	bis	nachmittags	bis	
Samstag	vormittags	bis	nachmittags	bis	

Anlage 4

Erklärung zur Nebentätigkeit

Im Rahmen einer Nebentätigkeit in / am _____ bin ich
_____ (Anzahl der Stunden) tätig.

Ich versichere, dass ich trotz der o. g. Tätigkeit meiner gesetzlich vorgeschriebenen
Präsenzpflicht / Sprechzeiten von mindestens 13 Stunden wöchentlich nachkommen
werde. (Der Sprechstundenv erpflichtung wird nur genügt, wenn neben
„Sprechstunden nach Vereinbarung“ = Bestellpraxis, auch „offene“ Sprechstunden
angeboten werden.)

Des Weiteren bestätige ich, dass ich keine Patienten, die ich im Rahmen meiner
Nebentätigkeit behandle, im Rahmen der Zulassung gem. § 95 Abs. 10 SGB V
weiterbehandeln werde.

Datum

Unterschrift

/ Stempel