



## Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung psychotherapeutischer Leistungen

als:

- Arzt/Ärztin  
 Psychologische/r Psychotherapeut/in  
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in

### ANGABEN ZUR PERSON

<b>Familienname:</b>
<b>Vorname:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Titel ggf. Facharztbezeichnung:</b>
<b>Praxisort: (PLZ, Ort)</b>
<b>Straße, Nr.:</b>
<b>Telefon-Nr.:</b>
<b>Wohnort: (PLZ, Ort)</b>
<b>Straße, Nr.</b>
<b>Telefon-Nr.:</b>

- im Rahmen einer Zulassung
- im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung
- im Rahmen einer Institutsermächtigung (z.B. Krankenhaus)im:
- im Rahmen einer Sonderbedarfsfeststellung
- im Rahmen einer Tätigkeit als angestellter Arzt/Therapeut/in  
in der Praxis:
- im Rahmen einer Tätigkeit im Medizinischen Versorgungszentrum  
gem. § 95 SBGV

**Zur Durchführung der:**

- tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie als Einzeltherapie  
 bei Erwachsenen  bei Kindern und Jugendlichen
- tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie als Gruppentherapie  
 bei Erwachsenen  bei Kindern und Jugendlichen
- analytischen Psychotherapie als Einzeltherapie  
 bei Erwachsenen  bei Kindern und Jugendlichen
- analytischen Psychotherapie als Gruppentherapie  
 bei Erwachsenen  bei Kindern und Jugendlichen
- Verhaltenstherapie als Einzeltherapie  
 bei Erwachsenen  bei Kindern und Jugendlichen
- Verhaltenstherapie als Gruppentherapie  
 bei Erwachsenen  bei Kindern und Jugendlichen
- EMDR als Methode zur Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen bei Erwachsenen als Einzeltherapie als Behandlungsmethode im Rahmen eines Richtlinien-Verfahrens
- Autogenes Training
- Jacobsonische Relaxationstherapie
- Hypnose
- Psychosomatische Grundversorgung (nur Ärzte)

**Bitte beachten Sie, dass im Falle einer Anstellung, der Praxisinhaber bzw. einer der Praxisinhaber unterzeichnet!**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift, Stempel



**Bitte nur ausfüllen, wenn Sie die Gebietsbezeichnung Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder die Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie oder die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie – fachgebunden –“ bzw. „Psychotherapie“ führen!**

### **Antragsteller**

\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

### **Einverständniserklärung für die Ärztekammer**

Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe erforderliche Informationen betreffend meiner Gebietsbezeichnung/Zusatzbezeichnung per E-Mail erhält. Ich kann diese Erklärung widerrufen. Sollte eine Datenverarbeitung bereits vor Widerruf erfolgt sein, wird deren Rechtmäßigkeit durch den Widerruf nicht mehr berührt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift