



Antrag auf Eintragung in das Arzt-/Psychotherapeutenregister

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)
Team Psychotherapeutenregister
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6
44141 Dortmund

ANGABEN ZUR PERSON

 akademischer Grad/Titel

 Vorname(n)

 Rufname

 Familienname

 Geburtsname

 Geburtsdatum

 Geburtsort

 Geschlecht

männlich

weiblich

 (aktuelle) Staatsangehörigkeit

 seit dem

WOHNORT/KONTAKTDATEN

 Straße und Hausnummer

 PLZ

 Ort

 Telefon

 Telefax

 Mobil

 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)
- Nachweise/Zeugnisse über bisherige psychotherapeutische Tätigkeiten (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 gemäß § 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).

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

ANGABEN ZUR AUS- UND WEITERBILDUNG

- Hochschulabschluss

Datum

Abschluss

Ort/Hochschule

- Promotion

Datum

Ort/Hochschule

- Approbation

als Psychologischer
Psychotherapeut

Datum

Approbationsstelle

als Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeut

Datum

Approbationsstelle

FREMSPRACHENKENNTNISSE (KENNTNISSE AUSREICHEND FÜR DIAGNOSE UND BEHANDLUNG)

Sprache

Sprache

Sprache

Sprache

TEILNAHME AN DER (VERTRAGS-)PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

- **Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Vertragspsychotherapeut niederzulassen?** ja nein

Falls ja: Ort/Niederlassung als

Falls ja: Zeitpunkt

- **Sind Sie bereits in einem Arzt-/Psychotherapeutenregister eingetragen?** ja nein

Falls ja: KV/Registerstelle

Eintragsnummer

- **Haben Sie bereits früher an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilgenommen oder nehmen Sie derzeit an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teil?** ja nein

Falls ja: In welchem KV-Bereich?

als zugelassener Psychotherapeut

von

bis

als ermächtigter Psychotherapeut

von

bis

als angestellter Psychotherapeut

von

bis

ANGABEN ZUR APPROBATION

- **Ist Ihnen die Approbation zu irgendeinem Zeitpunkt entzogen worden?**

ja nein

Falls ja: von

bis

Falls ja: durch welche Stelle?

Grund

- **Hat Ihre Approbation zu irgendeiner Zeit geruht?**

ja nein

Falls ja: von

bis

Grund

- **Ist Ihnen zu irgendeiner Zeit die Berufsausübung als Psychotherapeut verboten worden?**

ja nein

Falls ja: von

bis

Falls ja: durch welche Stelle?

Grund

AUFSTELLUNG ÜBER DIE PSYCHOTHERAPEUTISCHE TÄTIGKEIT SEIT DEM HOCHSCHULABSCHLUSS (ANLAGE 1)

- vollständige und chronologische Auflistung
- alle aufgelisteten Tätigkeiten müssen durch beigefügte Zeugnisse/Bescheinigungen belegt werden

von	bis	Krankenhaus/Dienststelle	Stellung/Tätigkeit	Ort