



**Registrierung als Vertreter für niedergelassene
Vertragspsychotherapeuten/-innen bei der KVWL**

Name: _____
PLZ/Ort: _____
Straße: _____
Telefon: _____
Handy: _____
E-Mail: _____

Fachgruppe: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen
 Psychologische Psychotherapeuten/-innen

**Hinweis: Ärztliche Psychotherapeuten können sich in die Vertreterliste für Ärzte eintragen lassen.
Dieses Formular finden Sie [hier](#).**

Therapieverfahren: Verhaltenstherapie (VT)
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)
 Analytische Psychotherapie (APT)

eingetragen im
Psychotherapeuten-
register der KVWL: ja nein

Sollten Sie nicht im Psychotherapeutenregister der KVWL eingetragen sein, fügen Sie bitte eine Kopie Ihrer Approbation und des Fachkundenachweises bei.

Umkreis der
Vertretung: ganz Westfalen-Lippe Umkreis von _____ km vom Wohnort

Bemerkungen: _____

Ich stimme der Weitergabe meiner Kontaktdaten an niedergelassene Vertragspsychotherapeuten/-innen zu.
Ich kann meine Zustimmung jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen. Meine Daten werden maximal für die Dauer von zwei Jahren bei der KVWL gespeichert.

Ort, Datum

Unterschrift