

An die

Fax: 0231 / 9432-86050

Geschäftsstelle des  
Zulassungsausschusses für  
Psychotherapie Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund

Eingangsstempel des Zulassungsausschusses
--

**Antrag auf Beschäftigung eines angestellten Therapeuten**  
nach § 95 SGB V im Ausschreibungsverfahren

Name des antragstellenden Therapeuten: \_\_\_\_\_  
od. der antragstellenden Gemeinschaftspraxis

Praxisanschrift (Ort, Straße, Hausnummer): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Name des anzustellenden Therapeuten: \_\_\_\_\_

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)
- Ärztliche(r) Psychotherapeut(in)
- Facharzt(ärztin) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt(ärztin) für Psychotherapeutische Medizin

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!)

Praxisübernahme von: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Kennziffer der Ausschreibung

## Tätigkeitsort des angestellten Therapeuten:

- Hauptbetriebsstätte des Praxisinhabers mit \_\_\_\_\_ Stunden/Woche
- Zweigpraxis / Versorgerzweigpraxis in \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ Stunden/Woche
- ggf. weitere Zweigpraxen / Versorgerzweigpraxen (bitte gesondert aufführen)

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,-- EUR wird mit beigefügter Abbuchungserklärung beglichen.

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

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des  
Antragstellers (Praxisinhaber od. GP)

## Angaben zum anzustellenden Therapeuten:

---

### 1. Personalien

Vor- und Zuname, akad. Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Wohnort, Straße u. Hausnummer: \_\_\_\_\_

Telefon: privat: \_\_\_\_\_ tagsüber: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

---

### 2. Approbation

erteilt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

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. Angaben über die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tag der Antragstellung

Geben Sie bitte insbesondere an, ob Sie bereits als Vertragspsychotherapeut zugelassen, in einem MVZ oder in einer Praxis angestellt waren. Bitte benennen Sie auch Sitz bzw. Arbeitgeber sowie Zulassungs- bzw. Beschäftigungszeitraum.

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

---

#### 5. Andere Tätigkeit außerhalb der beantragten Anstellung

keine Tätigkeit

Nebentätigkeit  
(bitte mit gesondertem Schreiben beantragen!)

\_\_\_\_\_  
Ort, Umfang (Wochenstunden)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des anzustellenden  
Therapeuten

---

Name (Druckbuchstaben)

## Erklärungen

1. Des Weiteren erkläre ich, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht war. Ich erkläre weiter, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nicht unterzogen habe und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.
2. Ich erkläre hiermit, dass ich zur Zeit in **einem / keinem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit in einem Umfang von \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche/Vollzeit stehe.

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

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

---

Ort und Datum

---

Unterschrift

**Nur von Ärztlichen Psychotherapeuten / Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ausfüllen**

\_\_\_\_\_  
Name  
(Stempel oder Druckschrift)

Ich erkläre, dass ich nach der "Gemeinsamen Notfalldienstordnung" der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in der jeweils gültigen Fassung am organisierten ärztlichen Notfalldienst teilnehmen werde.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Zulassungsausschuss für Psychotherapie Westfalen-Lippe

---

Zulassungsausschuss  
für Psychotherapie Westfalen-Lippe  
44127 Dortmund

## Praxisanschrift:

**HNR:**  
**Zweck:**  
**Wirkungsdatum:**

## **Erklärung**

Hiermit wird das Einverständnis erklärt, dass die nach § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV entstandene Gebühr in Höhe von 120 € von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

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

\_\_\_\_\_  
(Stempel/Unterschrift)

---

## **Nicht vom Antragssteller auszufüllen:**

**OP Nr.:**

Geprüft und weitergeleitet an GB Finanzen: \_\_\_\_\_

Erledigt am : \_\_\_\_\_

## Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Beschäftigung eines angestellten Therapeuten i. S. des § 95 SGB V im Ausschreibungsverfahren sind nachstehende Unterlagen des angestellten Therapeuten beizufügen:

- ein Auszug aus dem Arztregister (**nicht notwendig, wenn der Therapeut im Register der KV Westfalen-Lippe eingetragen ist**)
- unterschriebener Lebenslauf
- ein polizeiliches Führungszeugnis mit der Bezeichnung "O". Bei der Meldestelle (Einwohnermeldeamt) ist unbedingt anzugeben, dass ein polizeiliches Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde beantragt wird. Als Behörde ist oben links im Führungszeugnis anzugeben:

Zulassungsausschuss für  
Psychotherapie Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Straße 4 - 6  
44141 Dortmund.

Dieses polizeiliche Führungszeugnis wird nicht dem anzustellenden 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 hinsichtlich Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nach § 18 Absatz 2 Nr.5 Ärzte-ZV (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des anzustellenden Therapeuten hinsichtlich der Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des anzustellenden Therapeuten über ein bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder Ausübung einer sonstigen nicht ehrenamtliche Tätigkeit (liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 120,-- EUR vom Praxisinhaber. **Es wird um Verständnis gebeten, dass nach § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.**
- schriftlicher Arbeitsvertrag mit dem Praxisinhaber oder der Gemeinschaftspraxis

### **Bitte beachten!**

Sofern geplant ist, den Praxissitz sofort zu verlegen, sind nachstehende Unterlagen dem Antrag beizufügen:

- Antrag auf Verlegung mit ausführlicher Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV



- Antragsgebühr in Höhe von 120,-- EUR. **Es wird um Verständnis gebeten, dass nach § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird. (Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX)**

Sofern geplant ist, eine weitere Tätigkeit neben der Anstellung (Nebentätigkeit) zu beantragen, sind nachstehende Unterlagen dem Antrag beizufügen:

- formloser Antrag auf weitere Tätigkeit mit Tätigkeitsbeschreibung, Umfang und Ort
- entsprechender Arbeitsvertrag (sofern vorhanden) für die geplante weitere Tätigkeit

**Hinweis:**

Bei Bestandskraft wird eine Verwaltungsgebühr von 400,-- EUR fällig.

Originalunterlagen werden unmittelbar nach Einsichtnahme zurückgesandt.  
Anstelle von Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.