

An die

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

Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

Antrag auf Beschäftigung eines angestellten Therapeuten

nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V

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!)

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,-- EUR wird mit anliegender 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

Achtung! Nur im Falle der Beschäftigung eines angestellten Therapeuten im Rahmen einer BAG oder eines MVZ erforderlich.

Hinweis:

Aufgrund der aktuellen Rechtsprechung durch das BSG sind Genehmigungen für angestellte Therapeuten nicht einem einzelnen Therapeuten als Mitglied einer BAG, sondern der BAG selbst zu erteilen.

Bezüglich des angestrebten Jobsharings bedarf es allerdings der Zuordnung zu einem Partner der BAG. (Erläuterung: Das Erfordernis der Zuordnung des im Job-Sharing angestellten Therapeuten zu einem konkreten Vertragstherapeuten aus einer mehrgliedrigen Gemeinschaftspraxis ergibt sich aus der Zuweisung therapeutenbezogener Volumina im Rahmen der Honorarverteilung.)

Falls Sie Fragen bezüglich der geforderten Zuordnung oder der Berechnung haben, wenden Sie sich bitte direkt und ausschließlich an das

Team Jobsharing (Abteilung Abrechnungsdatenmanagement), Tel.: 0231/9432-3003

Angaben bezüglich der Jobsharing-Zuordnung

Herr / Frau _____ soll ab dem _____ als angestellte/r
Therapeut/Therapeutin nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V in der Berufsausübungsgemeinschaft / dem
MVZ _____ beschäftigt werden.

Der angestellte Therapeut / die angestellte Therapeutin wird hinsichtlich des Jobsharings

Herrn / Frau _____ zugeordnet.

Im Falle des Ausscheidens des entsprechend zugeordneten Partners tritt an dessen/ deren Stelle die entsprechende Praxisnachfolge, sofern die Partner der BAG nicht übereinstimmend eine andere Feststellung treffen.

Ort, Datum

Unterschrift + Stempel aller BAG-Partner / MVZ-Partner

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 Abs. 9 SGB V sind nach § 1 Abs. 3 und § 18 Absatz 2 - 4 Ärzte-ZV 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 antragstellenden 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 angestellten Therapeuten hinsichtlich der Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des angestellten 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
- Verpflichtungserklärung zur Leistungsbegrenzung (die entsprechende Formularerklärung wird Ihnen zu gegebener Zeit zur Verfügung gestellt)

Bitte beachten!

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 € 400,00 fällig.

Originalunterlagen werden unmittelbar nach Einsichtnahme zurückgesandt.