

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 Abs. 9 Satz 1 SGB V  
**im Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 4b 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 Anstellung erfolgt im Rahmen einer Nachbesetzung von \_\_\_\_\_

- aufgrund dessen Ausscheidens
- oder dessen Reduzierung auf \_\_\_\_\_ Stunden/Woche.

**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 wird mit beigefügter Abbuchungserklärung beglichen.

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

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift(en) des  
Praxisinhaber/ der Gemeinschaftspraxis /  
des MVZ

## 1. Variante

Die Anstellung erfolgt **im Rahmen einer Nachbesetzung** von \_\_\_\_\_

- a)  aufgrund dessen Ausscheidens

## 2. Variante

Die Anstellung erfolgt **im Rahmen einer Nachbesetzung** von \_\_\_\_\_

- a)  oder dessen Reduzierung auf \_\_\_\_\_ Stunden/Woche.

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

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift(en) des  
Praxisinhaber/ der Gemeinschaftspraxis /  
des MVZ

## 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

---



---

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 des anzustellenden Therapeuten

**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 des anzustellenden Therapeuten

# 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 60,00 EUR oder 2 x 60,00 EUR = 120,00 EUR 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 anzustellenden 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)
- **Antragsgebühren:**

Zu Variante 1: 1 x 60,00 EUR vom Praxisinhaber

Zu Variante 2: 2 x 60,00 EUR = 120,00 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.**

- schriftliche Nachtragsvereinbarung(en) mit dem Praxisinhaber bzw. mit der Gemeinschaftspraxis oder dem MVZ und dem(n) angestellten Therapeuten
- schriftlicher Arbeitsvertrag mit dem Praxisinhaber od. der Gemeinschaftspraxis)

**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 200,-- EUR fällig.

Originalunterlagen werden unmittelbar nach Einsichtnahme zurückgesandt.