

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
im Sonderbedarf
nach §36 und / oder §§ 36, 37 Bedarfsplanungsrichtlinie**

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: _____

Antragsart

- lokale qualifikationsbezogene
- Sonderbedarfsanstellung – ganztags – mit _____ Wochenstunden
- Sonderbedarfsanstellung – halbtags – mit _____ Wochenstunden

Tätigkeitsort des angestellten Therapeuten:

- Hauptbetriebsstätte des Praxisinhabers mit _____ Stunden/Woche
- Versorgerzweigpraxis in _____ mit _____ Stunden/Woche
- ggf. weitere Versorgerzweigpraxen (bitte gesondert auflühren)

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

2.1 Approbation

erteilt am _____ durch _____

Promotion: _____

Diplom als _____ seit _____

Anerkennung als _____ seit _____

Welches Richtlinienverfahren wurde erworben? _____

2.2 Sonstige Bezeichnungen nach ärztlichem Weiterbildungsrecht (nicht bei PP/KJP):

Art der Bezeichnung

Schwerpunktbezeichnung _____

fakultative Weiterbildung: _____

besondere Fachkunde: _____

Zusatzbezeichnung: _____

Zusatzweiterbildung: _____

Welches Richtlinienverfahren wurde erworben?

(Benennung)

Ist das Richtlinienverfahren fachgebunden? nein ja

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

6. Angaben zur Sonderbedarfsanstellung

Begründung zum Sonderbedarf (evtl. mit gesondertem Schreiben)

Nach den Bestimmungen der Bedarfsplanungsrichtlinie (§ 36 und/oder §§ 36, 37) hat der Zulassungsausschuss vor Erteilung einer Sonderbedarfsanstellung die in der Bedarfsplanungsrichtlinie genannten Voraussetzungen zu prüfen, wobei für diese Prüfungen zum Teil auch Angaben des antragstellenden Arztes erforderlich sind. Wir bitten Sie daher, zur Prüfung des Vorhabens die Region zu benennen, die vom Anstellungsort aus versorgt werden soll, sowie ggf. weitere Informationen zu geben.

8.1 Nennen Sie uns bitte die Region (z. B. anhand der Gemeinden), die vom beantragten Ort der Anstellung aus versorgt werden soll:

8.2 Ggf. sonstige Anmerkungen:

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

Praxis-Anschrift:

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 Sonderbedarfsanstellung nach § 36 und/oder §§ 36, 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie sind 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 des anzustellenden Therapeuten über ein bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder Ausübung einer sonstigen nicht ehrenamtlichen Tätigkeit (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des anzustellenden Therapeuten hinsichtlich Drogen- oder Alkoholabhängigkeit gemäß § 18 Absatz 2 Buchstabe e Ärzte-ZV (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des anzustellenden Therapeuten hinsichtlich der Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst (liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 120,00 EUR vom Praxisinhaber. **Es wird um Verständnis gebeten, dass gemäß § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der gemäß § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.**
- schriftlicher Arbeitsvertrag

Hinweis:

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

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

Originalunterlagen werden unmittelbar nach Einsichtnahme zurückgesandt.