

An die

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

Eingangsstempel des  
Zulassungsausschusses

**Antrag auf Umwandlung eines Anstellungsverhältnisses in  
eine Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Ver-  
sorgung**

als

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

Name des antragstellenden Vertragstherapeuten / Gemeinschaftspraxis / MVZ:

\_\_\_\_\_

Praxisanschrift:

\_\_\_\_\_

(Ort, Straße, Hausnummer)

**Ich/Wir beantrage(n) die Umwandlung des Anstellungsverhältnisses in eine  
Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung.**

Name des zuzulassenden Therapeuten:

(Titel (akad. Grad), Name, Vorname)

\_\_\_\_\_

**für**

(Praxisanschrift, Vertragssitz)

\_\_\_\_\_ (Straße, Nr.)

\_\_\_\_\_ (PLZ, Ort, Ortsteil, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

**zum**

\_\_\_\_\_ voraussichtl. Niederlassungsdatum

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift des antrag-  
stellenden Vertragstherapeuten / GP

An die

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

Eingangsstempel des  
Zulassungsausschusses

## Antrag auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung

### 1. Antragsteller

Titel (akad. Grad)                      Name                      Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde -

männlich     weiblich

Geburtsdatum                      Geschlecht

Tel.-Nr. tagsüber                      E-Mail-Adresse

Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung (Straße und Hausnr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

künftige Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Niederlassung (Straße und Hausnr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

### 2. Ich beantrage die Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung als

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

für einen  vollen Versorgungsauftrag oder

hälftigen Versorgungsauftrag

Praxisanschrift, Vertragssitz

\_\_\_\_\_  
(Straße und Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort, Ortsteil

mit Wirkung ab dem

\_\_\_\_\_  
(Datum)

Ist eine  Gemeinschaftspraxis oder  Praxisgemeinschaft (gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal bei getrennter Karteiführung, Behandlung und Abrechnung) geplant mit wem (Name, Vorname, Ort, Straße)?

---

etwaige weitere Bemerkungen zur Bewerbung bzw. Antragstellung:

---

---

### 3. Angaben zur Weiterbildung (bei Ärzten)

#### 3.1 Approbation

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

#### 3.2 Facharztanerkennung als: \_\_\_\_\_

Prüfung am \_\_\_\_\_ Anerkennung am \_\_\_\_\_

#### 3.3 Sonstige Bezeichnungen nach ärztlichem Weiterbildungsrecht:

Art der Bezeichnung

- Schwerpunktbezeichnung \_\_\_\_\_
- fakultative Weiterbildung: \_\_\_\_\_
- besondere Fachkunde: \_\_\_\_\_
- Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_
- Zusatzweiterbildung: \_\_\_\_\_

Welches Richtlinienverfahren wurde erworben?

\_\_\_\_\_  
(Benennung)

Ist das Richtlinienverfahren fachgebunden?  nein  ja

#### **4. Fachkunde (bei Psychotherapeuten)**

**Nur von Psychologischen Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auszufüllen:**

4.1 Hochschulabschluss  
Diplom/ Master

nein

ja, vom:

durch:

4.2 Approbation

nein

ja, seit:

4.3 Die vertiefte Ausbildung gem. § 8 Abs. 3 Nr. 1 PsychThG wurde erfolgreich abgeschlossen in:

\_\_\_\_\_  
(Behandlungsverfahren)

4.4 Zusatzbezeichnung  
Klinische Neuropsychologie

nein

ja, vom:

durch

#### **5. Arztregistereintragung**

ist erfolgt am \_\_\_\_\_

wurde beantragt am \_\_\_\_\_

bei der Kassenärztlichen Vereinigung \_\_\_\_\_

## **6. Angaben über die psychotherapeutische Tätigkeit vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tag der Antragstellung**

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

<b>von</b>	<b>bis</b>	<b>Ort</b>	<b>Einrichtung</b>	<b>Stellung/Funktion</b>

## **7. Andere Tätigkeit außerhalb der Zulassung**

- keine Tätigkeit     Nebentätigkeit

(bitte mit gesondertem Schreiben beantragen!)

---

Ort, Umfang (Wochenstunden)

### **Hinweis:**

Die Ausübung vertragspsychotherapeutischer Tätigkeit in der Gemeinschaftspraxis bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein gesonderter, von allen Partnern der zukünftigen Gemeinschaftspraxis unterschriebener Antrag sowie die Vorlage eines Gemeinschaftspraxisvertrages erforderlich.

## **8. Antragsgebühr**

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 100,-- EUR habe ich am \_\_\_\_\_ der Kassenärztlichen Vereinigung (Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX) überwiesen.

## **9. Erklärung zur Datenerhebung**

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde ich der KVWL mitteilen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name (Stempel oder Druckbuchstaben)

**Nur von ärztlichen Psychotherapeuten / Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auszufüllen**

**Erklärung**

**im Sinne von §§ 20, 21 Ärzte-ZV**

1. Ich erkläre hiermit, 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



## Erklärung

### im Sinne von §§ 20, 21 Ärzte-ZV

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 psychotherapeutischen Berufes nicht entgegenstehen.

Ich erkläre, dass ich ab Aufnahme der Tätigkeit in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung persönlich und im erforderlichen Maße für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehe.

2. Ich erkläre hiermit, dass ich zurzeit 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.

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## ***Merkblatt***

**für Psychotherapeuten, die die Zulassung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung beantragt haben und derzeit noch in einem Beschäftigungsverhältnis stehen**

Bei Psychotherapeuten, die die Zulassung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung beantragen und in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, kann einer Zulassung entgegen stehen, dass der Psychotherapeut wegen des Beschäftigungsverhältnisses für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht bzw. eine Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragspsychotherapeuten am Vertragsitz nicht zu vereinbaren ist. Bei Vorliegen dieser Hinderungsgründe für die Zulassung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung kann es sich gleichwohl empfehlen, nicht vor Bestandskraft der Zulassung das bestehende Beschäftigungsverhältnis zu kündigen. Liegen bei dem Psychotherapeuten die genannten Hinderungsgründe vor, kann er vom Zulassungsausschuss unter der Bedingung zugelassen werden, dass der seiner Eignung entgegenstehende Grund spätestens drei Monate nach dem Zeitpunkt beseitigt wird, in dem die Entscheidung über die Zulassung unanfechtbar geworden ist. Erteilt der Zulassungsausschuss diese Bedingung, so ist der Psychotherapeut verpflichtet, sein Beschäftigungsverhältnis innerhalb von 3 Monaten nach Bestandskraft der Zulassung zu beenden. Bis zum Eintritt dieser Bedingung ist die Zulassung nicht wirksam, d. h. der Psychotherapeut darf nicht vertragspsychotherapeutisch tätig werden. Wird die der Zulassung entgegenstehende Beschäftigung nicht beendet, so ist der Zulassungsausschuss berechtigt und verpflichtet, nach Ablauf der gesetzten Frist die Zulassung des Psychotherapeuten zu beenden.

## Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung sind nach § 18 Ärzte-ZV nachstehende Unterlagen beizufügen:

- unterschriebener Lebenslauf
- Erklärung des Antragstellers hinsichtlich der Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst (liegt im Vordruck bei) – nur bei Ärztlichen Psychotherapeuten / Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erforderlich
- Erklärung des Antragstellers hinsichtlich Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nach § 18 Absatz 2 Nr.5 Ärzte-ZV (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des angestellten Therapeuten über ein bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder Ausübung einer sonstigen nicht ehrenamtlichen Tätigkeit (liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 100,-- EUR. **Es wird um Verständnis gebeten, dass gem. § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird. (Deutsche Apotheker- und Ärztekbank eG Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX)**

### **Bitte beachten!**

Sofern geplant ist, den Praxissitz sofort zu verlegen, sind nachstehende Unterlagen dem Antrag auf Zulassung 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 Ärztekbank 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 der Zulassung wird eine Verwaltungsgebühr von € 400,00 fällig. Anstelle von Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.