

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 –
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> 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

verbindliche Praxisanschrift,
Vertragssitz

(Straße und Hausnummer)

Postleitzahl, Ort, Ortsteil

mit Wirkung ab dem

(Datum)

Die Praxis befindet sich in den Räumlichkeiten einer Behörde, eines Krankenhauses o. ä.:

ja, Name der Institution: _____ nein

bzw. wird eine Kooperation mit einem Krankenhaus angestrebt

ja, die Vereinbarung liegt dem Antrag bei. nein

Eine Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft (gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal bei getrennter Karteiführung, Behandlung und Abrechnung) ist geplant mit:

(Name, Vorname, Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

Hinweis:

Die Ausübung vertragstherapeutischer 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. Das Antragsformular finden Sie auf unserer Homepage www.kvwl.de.

Wird eine ausgeschriebenen Praxis / ein ausgeschriebener Versorgungsauftrag eines anderen Psychotherapeuten übernommen?

nein ja

Wenn ja, von wem?

(Name, Vorname, Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

Bei Übernahme einer Zulassung eines Vertragsarztes bzw. eines Vertragspsychotherapeuten in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich trifft der Zulassungsausschuss bei Vorliegen mehrerer Zulassungsanträge eine Auswahlentscheidung, bei der u. a. die bisherige Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit eine Rolle spielt. Die Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit wird nach § 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 3 SGB V verlängert um Zeiten, in denen die psychotherapeutische Tätigkeit wegen der Erziehung von Kindern oder der Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger in häuslicher Umgebung unterbrochen worden ist. Diesbezüglich bitten wir ggf. um entsprechende Angaben.

Bemerkung:

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 nein
Diplom/ Master 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 nein
Klinische ja, vom: _____ durch _____
Neuropsychologie

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.

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

Sofern Sie mindestens fünf Jahre dauerhaft einer vertragstherapeutischen Tätigkeit in einem Planungsbereich nachgegangen sind, in dem der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 SGB V das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, geben Sie bitte den Praxissitz bzw. Arbeitgeber und Tätigkeitszeitraum an:

7. Andere Tätigkeit außerhalb der Zulassung

- keine Tätigkeit Nebentätigkeit
(bitte mit gesondertem Schreiben beantragen!)

Ort, Umfang (Wochenstunden)

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:

- ein Auszug aus dem Arztregister (**nicht notwendig, wenn der Psychotherapeut im Register der KVWL 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 Psychotherapeuten, 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 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 Antragstellers 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 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)**

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.