



## Registrierung als Vertreter für niedergelassene Vertragspsychotherapeuten/-innen bei der KVWL

Name: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Fachgruppe:  Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen

Psychologische Psychotherapeuten/-innen

**Hinweis: Ärztliche Psychotherapeuten können sich in die Vertreterliste für Ärzte eintragen lassen.  
Dieses Formular finden Sie [hier](#).**

Therapieverfahren:  Verhaltenstherapie (VT)  
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)  
 Analytische Psychotherapie (APT)  
 Systemische Therapie (ST)

Eingetragen im  
Psychotherapeuten-  
register der KVWL:  ja  nein

Sollten Sie nicht im Psychotherapeutenregister der KVWL eingetragen sein, fügen Sie bitte eine Kopie Ihrer Approbation und des Fachkundenachweises bei.

Umkreis der  
Vertretung:  ganz Westfalen-Lippe  Umkreis von \_\_\_\_\_ km vom Wohnort

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

Ich stimme der Weitergabe meiner Kontaktdaten an niedergelassene Vertragspsychotherapeuten/-innen zu.  
Ich kann meine Zustimmung jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen. Meine Daten werden maximal für die Dauer von zwei Jahren bei der KVWL gespeichert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte zurücksenden an: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
**Team Praxisberatung**  
Robert-Schimrigk-Str. 4-6  
44141 Dortmund

FAX: 0231 - 9432 - 83031  
E-Mail: [praxisberatung@kvwl.de](mailto:praxisberatung@kvwl.de)