

Hinweise zur Antragstellung

Sie beabsichtigen, einen Antrag auf Zulassung bzw. Anstellung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung auf der Grundlage des § 103 Abs. 2 Satz 4 SGB V zu stellen.

Hierzu möchten wir Ihnen folgende Hinweise geben:

- Berücksichtigungsfähig sind nur Zulassungs- oder Anstellungsanträge, die innerhalb der Frist, beginnend am **29.11.2024 bis zum 13.01.2025**, **vollständig** in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses für Psychotherapeuten eingegangen sind.
- Es wird um die **zwingende Angabe des Teilgebietes** gebeten. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass **je Teilgebiet eine gesonderte Antragstellung** notwendig ist.
- **Bitte reichen Sie nur vollständig ausgefüllte Anträge, versehen mit allen notwendigen Anlagen ein!**
- Für die Antragstellung ist das Antragsformular nach § 103 Abs. 2 Satz 4 SGB V zu verwenden.
- **Die Antragsunterlagen müssen vollständig sein.** Folgende Unterlagen sind einzureichen:
 - Antragsformular (vollständig ausgefüllt und versehen mit Originalunterschrift)
 - Unterschriebener Lebenslauf
 - Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde
 - Nachweis Berufshaftpflicht nach § 95e SGB V
 - Auszug aus dem Arzt- bzw. Psychotherapeutenregister
 - Bei Anträgen auf Anstellung zudem: Arbeitsvertrag
- **Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten an das Teilgebiet gebunden sind! Verlegungen des Vertragssitzes sowie etwaige künftige Nachbesetzungen sind ausschließlich in diesem Teilgebiet möglich!**

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

E-Mail: ZA-Psychotherapie@KVWL.de
Fax: 0231 9432-86050

Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

Antrag auf **Zulassung** zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung
aufgrund Beschlussfassung nach § 103 Abs.2 Satz 4 SGB V

Antragsteller

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Geboren am:		Geburtsort:		Geschlecht:	
--------------------	--	--------------------	--	--------------------	--

Privatanschrift:

PLZ:		Ort:			
Straße:				Hausnummer:	

ggf. zukünftiger Wohnort zum Zeitpunkt der Niederlassung:

PLZ:		Ort:			
Straße:				Hausnummer:	
Wirkungsdatum:					

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

Angaben zur beantragten Zulassung

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)

Umfang des Versorgungsauftrages

- voll drei Viertel hälftig

Benennung des betreffenden Teilgebietes (Pro Antrag ist nur eine Option auszuwählen):

	Teilgebiet:	Kreis:
<input type="checkbox"/>	Rödinghausen, Gemeinde (Behandlungsverfahren Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)	Kreis Herford
<input type="checkbox"/>	Herne-Wanne, Stadtteil	krfr. Stadt Herne
<input type="checkbox"/>	Herne-Wanne, Stadtteil (psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche)	krfr. Stadt Herne
<input type="checkbox"/>	Beverungen, Stadt (psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche)	Kreis Höxter
<input type="checkbox"/>	Borgentreich, Gemeinde (Behandlungsverfahren Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)	Kreis Höxter
<input type="checkbox"/>	Brakel, Stadt (psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche)	Kreis Höxter
<input type="checkbox"/>	Höxter, Stadt (psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche)	Kreis Höxter
<input type="checkbox"/>	Willebadessen, Gemeinde	Kreis Höxter
<input type="checkbox"/>	Dörentrup, Gemeinde (psychotherapeutische Versorgung für Erwachsene)	Kreis Lippe
<input type="checkbox"/>	Exertal, Gemeinde (psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche)	Kreis Lippe
<input type="checkbox"/>	Schieder-Schwalenberg, Stadt (psychotherapeutische Versorgung für Erwachsene)	Kreis Lippe
<input type="checkbox"/>	Eslohe, Gemeinde (Behandlungsverfahren Verhaltenstherapie)	Mittelbereich Meschede
<input type="checkbox"/>	Stemwede, Gemeinde (Behandlungsverfahren Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)	Kreis Minden-Lübbecke
<input type="checkbox"/>	Burbach, Gemeinde (Behandlungsverfahren Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)	Kreis Siegen-Wittgenstein
<input type="checkbox"/>	Wilnsdorf, Gemeinde (Behandlungsverfahren Verhaltenstherapie)	Kreis Siegen-Wittgenstein
<input type="checkbox"/>	Wilnsdorf, Gemeinde (psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche)	Kreis Siegen-Wittgenstein

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

mit Wirkung ab dem:	
----------------------------	--

Gruppentherapie (bitte zutreffende Antworten ankreuzen):

- Die Voraussetzungen für die Durchführung von Gruppentherapie sind vorhanden.
- Die Bereitschaft und das Vorhandensein von Räumlichkeiten zur Durchführung von Gruppentherapien sind vorhanden.

Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV: (ggf. als Anlage beifügen) Persönliche Gründe können nicht berücksichtigt werden.

Lage der Praxisräume / Kooperation mit einem Krankenhaus

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

- nein
- ja. Die vertragliche Vereinbarung mit dem Kooperationspartner liegt bei.

Name der Institution

Kooperationen

Die Praxis wird zukünftig geführt als

- Einzelpraxis
- örtliche / überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit folgenden Partnern:

Titel, Vorname, Name, (sofern abweichend: Praxissitz und Fachgruppe des BAG-Partners)

Titel, Vorname, Name, (sofern abweichend: Praxissitz und Fachgruppe des BAG-Partners)

Titel, Vorname, Name, (sofern abweichend: Praxissitz und Fachgruppe des BAG-Partners)

Hinweis: Die Ausübung vertragstherapeutischer Tätigkeit in der Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu sind ein gesonderter, von allen Partnern der zukünftigen BAG unterschriebener Antrag sowie die Vorlage eines BAG-Vertrages erforderlich. Das Antragsformular finden Sie auf unserer Homepage www.kvwl.de.

- Praxisgemeinschaft (PG)
(gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und –einrichtungen sowie Beschäftigung von Hilfspersonal bei getrennter Karteiführung und Abrechnung) mit folgenden Ärzten:

Titel, Vorname, Name, (sofern abweichend: Fachgruppe des PG-Partners)

Titel, Vorname, Name, (sofern abweichend: Fachgruppe des PG-Partners)

Weitere Tätigkeiten neben der vertragstherapeutischen Versorgung

- Ich werde keine weitere Tätigkeit ausüben
- Es ist eine weitere Tätigkeit geplant bzw. eine bestehende Tätigkeit wird weiterhin ausgeübt (Vertrag und ggf. weitere Angaben bitte als Anlage beifügen).

Name der Institution:	
in (Anschrift)	
im Umfang von (Wochenstunden)	

Eintragung in das Arzt-/Psychotherapeutenregister

ist erfolgt am:		wurde beantragt am:	
bei der Kassenärztlichen Vereinigung:			

Ausbildung:

Sofern eine Arzt-/Psychotherapeutenregistereintragung vorliegt ist eine Angabe der Daten unter „Ausbildung“ und „Weiterbildung“ nicht erforderlich. Nach der Arztregistereintragung erworbene Weiterbildungen ggf. ergänzen.

	in / durch:	Datum:
Staatsexamen:		
deutsche Approbation:		
Berufserlaubnis:		
Med. Promotion:		

Weiterbildung:

Therapeut:	Genauere Bezeichnung:	Prüfung am / Anerkennung am:
Diplom als:		
Anerkennung als:		
Richtlinienverfahren:		
Zusatzbez. Klinische Neuropsychologie		

Arzt:	Genauere Bezeichnung:	Prüfung am / Anerkennung am:
Facharztanerkennung als:		
Schwerpunkt- bezeichnung:		
Fakultative Weiterbildung:		
Besondere Fachkunde:		
Zusatzbezeichnung:*		
Zusatzweiterbildung:		
Richtlinienverfahren:		

*Zusatzbezeichnung fachgebunden: ja

nein

Angaben über die psychotherapeutische Tätigkeit vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tage der Antragstellung

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

Erforderliche Erklärungen zum Antrag

nur von Ärzten auszufüllen: Erklärung zur Teilnahme am Notfalldienst

- 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.

Erklärung hinsichtlich Drogen- und Alkoholabhängigkeit

- Ich erkläre, 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.

Erklärung über ein bestehendes Dienst- und Beschäftigungsverhältnis

- Ich erkläre hiermit, dass ich zurzeit in **keinem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit stehe.
- Ich erkläre hiermit, dass ich zurzeit in **einem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit stehe.

im Umfang von (Wochenstunden)

Das Beschäftigungsverhältnis wird wurde gekündigt mit Wirkung vom:

Das Beschäftigungsverhältnis wird fortgeführt mit (Wochenstunden)

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

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.

Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

- Der Nachweis nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist als Anlage beigefügt.

Antragsgebühr

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von **100,00 EUR** wurde an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:

(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)

Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

Anlagen: Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- unterschriebener Lebenslauf
- Auszug aus dem Arztregister (sofern nicht im Bereich der KVWL eingetragen)
- Bestätigung (Quittung) der Beantragung eines Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 Bundeszentralregistergesetz (BZRG)
- Ich erkläre an Eides statt, dass im beantragten Führungszeugnis keine Eintragung zu meinem Nachteil enthalten ist.
- Sollte das Führungszeugnis zum Sitzungstermin noch nicht vorliegen, kann durch Abgabe der eidesstattlichen Erklärung ggf. eine Vertagung der Verhandlung des Zulassungsausschusses vermieden werden.
- Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes
(Informationen hierzu finden Sie in den Erläuterungen zum Antrag.)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Antragstellers)