

Antrag auf Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Wichtiger Hinweis!

Bitte vor Ausdruck des Formulars
den zuständigen Regierungsbezirk
auswählen (Ort des Praxissitzes).

- Regierungsbezirk Stuttgart
- Regierungsbezirk Karlsruhe
- Regierungsbezirk Freiburg
- Regierungsbezirk Tübingen

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: _____ Titel: _____

LANR: _____

Privatadresse:

Straße, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Optionale Angaben:

Telefon: _____

Email: _____ Fax: _____

Fax: _____

die Zulassung mit

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> vollem Versorgungsauftrag | <input type="checkbox"/> hälftigem Versorgungsauftrag |
| <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut |
| im Richtlinienverfahren | <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie |
| | <input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie |
| | <input type="checkbox"/> analytische Psychotherapie |

für den Vertragsarztsitz in

PLZ: _____ Ort: _____ Ortsteil: _____

Straße, Nr.: _____

im Landkreis/Stadtkreis: _____

mit Wirkung vom _____.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Die Vertragsarztpraxis entsteht durch:

Neugründung in einem nicht gesperrten Planungsbereich

Praxisübernahme von Herrn / Frau Dr. med. _____

Praxisanschrift: _____

Chiffre-Nummer des ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes _____

Die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist wie folgt beabsichtigt:

Einzelpraxis

Berufsausübungsgemeinschaft:

geplant mit Herrn / Frau Dr. med. _____

sowie Herrn / Frau Dr. med. _____

Praxisanschrift: _____

Ich bin im Arztregister bei der Kassenärztlichen Vereinigung _____

in _____ unter der ENR _____ am _____ eingetragen.

Eine Eintragung wurde bei der Kassenärztlichen Vereinigung _____

in _____ beantragt.

Eine Zulassung für den Vertragsarztsitz _____ besteht bis zum _____.

Hinweis: Die Ausübung der psychotherapeutischen Tätigkeit in Form einer Praxisgemeinschaft ist bei der KV BW anzeigepflichtig

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:

(Anstelle von Originalen können amtlich beglaubigte Abschriften oder amtlich beglaubigte Fotokopien beigefügt werden.)

- Auszug aus dem Arztregister
- Bescheinigungen über die bisher ausgeübten psychotherapeutischen Tätigkeiten seit der Approbation (lückenlose Aufstellung siehe nachfolgende Tabelle)
- unterzeichneter Lebenslauf
- aktuelles polizeiliches Führungszeugnis (Belegarten N oder O)
- Eine Erklärung über zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit unter Angabe des zeitlichen Umfangs sowie ggf. Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses (siehe Anlage)
- Eine Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich ich bisher niedergelassen oder zur psychotherapeutischen Tätigkeit zugelassen war. Aus ihr müssen Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung sowie der Grund einer etwaigen Beendigung ersichtlich sein.

Lückenlose Aufstellung der psychotherapeutischen Tätigkeiten seit der Approbation in zeitlicher Reihenfolge:

von	bis	in welcher Stellung (z.B. Vertreter, angestellter Arzt)	Einrichtung (z.B. Krankenhaus), Ort	Tätigkeitsumfang in Wochenstunden

Erklärungen:

1. Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht gewesen bin. Innerhalb der letzten fünf Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Bei mir bestehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe für die Ausübung des ärztlichen Berufes.
2. Ich erkläre, dass ich spätestens 3 Monate nach Unanfechtbarkeit des Zulassungsbeschlusses ein ggf. bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit beendet habe. Soll ggf. ein Anstellungsverhältnis nach Ablauf der drei Monate weiterhin bestehen bleiben, dann muss ich dieses durch umgehende Vorlage einer Bescheinigung des Arbeitgebers dem Zulassungsausschuss für Ärzte anzeigen.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Hinweise:

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von EUR 100,00 fällig. Mit der Antragsbestätigung werden wir Ihnen eine Buchungsnummer mitteilen. Bitte überweisen Sie die Gebühr nur unter Angabe dieser Buchungsnummer.

Bitte beachten Sie, dass die Erbringung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen einer zusätzlichen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg bedürfen.

<http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genehmigungspflichtige-leistungen/>

Erklärung zu Beschäftigungsverhältnissen

(Name, Vorname)

LANR: _____

Ich erkläre hiermit, dass zum Zeitpunkt meiner jetzigen Antragstellung

- keine Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse irgendwelcher Art bestehen.
- folgende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse bestehen:

(Art der Tätigkeit)

(Dienststelle usw.)

(Art des Beschäftigungsverhältnisses)

- Vollzeitstelle
- Teilzeitstelle

mit _____ Stunden.

Ich bin bereit, das Beschäftigungsverhältnis

- aufzugeben, und zwar zum _____.
- nicht aufzugeben.

(Datum)

(Unterschrift)