

Zulassungsausschuss für Ärzte

bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg
Pappelallee 5, 14469 Potsdam
Tel.: 0331/2309-970

Posteingangsstempel

Antrag auf Zulassung als

Psychologischer Psychotherapeut /
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

(von der Geschäftsstelle auszufüllen)

- für einen **vollen** Versorgungsauftrag
- für einen **hälftigen** Versorgungsauftrag

1. Antragsteller

Titel, Name

Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde

Geburtsdatum

Geburtsort (Gemeinde, Land)

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

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

Staatsangehörigkeit

Telefon tagsüber

2. Ich beantrage die Zulassung zur ambulanten psychotherapeutischen Tätigkeit

als

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

für den Praxissitz

Angabe bis zur Entscheidung
zwingend erforderlich

(Str., Nr.)

(PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

zum

voraussichtl. Niederlassungsdatum

- Einzelpraxis
- Praxisgemeinschaft mit

Berufsausübungsgemeinschaft mit
(Gesondertes Antragformular Berufsausübungsgemeinschaft beachten!)

Zur gemeinsamen Berufsausübung (Jobsharing) mit
(Gesondertes Antragformular gemeinsame Berufsausübung – Jobsharing - beachten!)

Die Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft sowie die gemeinsamen Berufsausübung bedarf gem. § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss.

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

3. Tag der Approbation: _____ Abschluss der Hochschulausbildung: _____
 Tag der Promotion: _____ Fachkunde im Richtlinienverfahren:
 _____ seit: _____

4. Sind Sie in ein Psychotherapeutenregister eingetragen? _____ wann? _____
 Wo? _____
 Waren Sie bereits zur Vertragspraxis zugelassen? _____
 Von _____ bis _____ in _____

5. Etwaige Bemerkungen zur Bewerbung _____

 Wird die Praxis eines anderen Psychotherapeuten übernommen, ggf. von wem?

AUFSTELLUNG

ÜBER DIE PSYCHOTHERAPEUTISCHE TÄTIGKEIT IN LÜCKENLOSER UND ZEITLICHER REIHENFOLGE BIS ZUR GEPLANTEN NIEDERLASSUNG

vom - bis	Stellung/Funktion	Einrichtung	Ort

6. Vorgeschriebene Erklärungen

6.1. 1. Ich erkläre hiermit, dass im Zeitpunkt meiner jetzigen Bewerbung

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

Art des Beschäftigungsverhältnisses: _____

Dienststelle: _____

die ich mit Beginn der Aufnahme meiner ambulanten psychotherapeutischen Tätigkeit beenden werde.

- Das Beschäftigungsverhältnis kann zum _____ beendet werden.

Unterschrift

6.1.2. Nach erfolgter Zulassung werde ich

- weder angestellt tätig sein noch andere nicht ehrenamtliche Tätigkeiten ausüben

- angestellt tätig sein bei _____

zeitlicher Aufwand

Wochenstunden

- andere nicht ehrenamtliche Tätigkeiten ausüben, nämlich
Art der Leistungen

Ort u. Anschrift Nebentätigkeit

zeitlicher Aufwand

Wochenstunden

Unterschrift

6.2. Hiermit erkläre ich, dass ich nicht drogen- und alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht drogen- und alkoholabhängig war. Ich erkläre weiter, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Unterschrift

6.3. In Ergänzung zu dem von mir am _____ beantragten Führungszeugnis^{*)} erkläre ich hiermit, dass ich nicht vorbestraft bin und dass weder ein Ermittlungs-, Straf- oder berufsgerichtliches Verfahren anhängig ist. ^{**)}

Unterschrift

*)Für den Zulassungsantrag kann nur ein Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde anerkannt werden, dessen Ausstellung nicht länger als drei Monate vor der Antragstellung liegen darf. Um eine Verzögerung in der Bearbeitung Ihres Zulassungsantrages zu vermeiden, bitten wir Sie daher dringend, bei dem für Ihre Wohnung zuständigen Einwohnermeldeamt den Antrag auf Erteilung eines Führungszeugnisses nach § 30 Abs. 5 zur Vorlage beim Zulassungsausschuss für Ärzte unter Angabe der Anschrift „14469 Potsdam, Pappelallee 5“, und des Verwendungszweckes „Zulassungsantrag“ zu stellen.

***)Ggf. ist der genaue Tatbestand in einem ausführlichen Schreiben unter Beifügung diesbezüglicher Unterlagen darzulegen.

Dem Antrag auf Zulassung sind beigefügt:

Die Unterlagen werden für jeden einzelnen Antrag neu benötigt und sind deshalb auch dann erneut beizufügen, wenn sie im Zusammenhang mit einem anderen Antrag bereits eingereicht wurden!

- Auszug aus dem Psychotherapeutenregister gem. § 18 Abs. 1 a Zulassungsverordnung
- Nachweis über die ausgeübten psychotherapeutischen Tätigkeiten **nach der Psychotherapeutenregistereintragung** (belegt durch Zeugnisse, Beurteilungen und Arbeitsbescheinigungen im Original zur Einsichtnahme oder in amtlich beglaubigter Form, Siegel)
- Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Psychotherapeut bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund der etwaigen Beendigung ergeben
- unterschriebener und aktuell datierter Lebenslauf im Original
- aktuelles Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate) „**zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG**“ ist zu beantragen. Zur Übersendung ist unsere Anschrift anzugeben. Anderslautende Führungszeugnisse können nicht anerkannt werden
- Kopie des Fortbildungszertifikates zur Überprüfung der Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V (von Psychotherapeuten, die bereits vertragspsychotherapeutisch tätig waren)
- Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) i.V.m. § 95e Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) über das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes
- Erklärung über die Kenntnisnahme des Merkblattes der genehmigungspflichtigen Leistungen (s.u.).

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben. Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich dem Zulassungsausschuss und nach meiner Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg jeweils unverzüglich mitteilen.

Mir ist bekannt, dass ich als Vertragspsychotherapeut nach § 95e SGB V verpflichtet bin, mich ausreichend gegen die sich aus meiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern. Bei Nichtbestehen oder Beendigung des Versicherungsverhältnisses sowie bei vertraglichen Veränderungen, die zu einer Beeinträchtigung des Versicherungsschutzes im Verhältnis zu Dritten führen können, bin ich zur unverzüglichen Anzeige gegenüber dem Zulassungsausschuss verpflichtet.

Mit Stellung des Antrags auf Zulassung wird nach § 46 Ärzte-ZV eine Gebühr in Höhe von EUR 100,00 fällig. Die Gebühr wird mit **separater Rechnung** von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses angefordert. Erst nach Entrichtung dieser Gebühr wird Ihr Antrag vor dem Zulassungsausschuss für Ärzte verhandelt.

Ort und Datum

Unterschrift

Titel, Name (in Druckschrift)

Erklärung bezüglich der Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen

Ich habe das Merkblatt der genehmigungspflichtigen Leistungen, im Internet unter www.kvbb.de > Praxis > Qualität > genehmigungspflichtige Leistungen > Merkblatt zu genehmigungspflichtigen Leistungen > zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass die Genehmigung für die in o. g. Merkblatt aufgeführten Leistungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, Fachbereich Qualitätssicherung, zu beantragen ist und eine Abrechnung dieser Leistungen **erst nach Genehmigung durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg sowie mit einem verbindlich gewordenen Beschluss des Zulassungsausschusses bei der KVBB möglich ist.**

Ort, Datum

Unterschrift

Weitere Hinweise und Ansprechpartner zum Antrag auf Zulassung zur ambulanten psychotherapeutischen Tätigkeit

- Ein Antrag auf Zulassung kann gem. § 95 Abs. 2 SGB V erst als Antrag gewertet und bearbeitet werden, wenn
 - die Arztregistereintragung nach § 4 Abs. 1 Ärzte-ZV mit Arztregisterauszug nachgewiesen ist
 - gemäß § 18 Ärzte-ZV der Vertragsarztsitz angegeben ist.

Lt. § 4 Ärzte-ZV ist der Arzt in das Arztregister des Zulassungsbezirks einzutragen, in dem sein Hauptwohnsitz liegt.

Zu Fragen hinsichtlich der Arztregistereintragung im Land Brandenburg: Arztregister der KVBB
☎ 0331/2309-207

- Eine Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen ist erst nach Genehmigung durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) sowie mit einem wirksam gewordenen Beschluss des Zulassungsausschusses für Ärzte möglich. Genehmigungspflichtige Leistungen sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, Fachbereich Qualitätssicherung, gesondert zu beantragen.
- Für weitere Fragen im Zusammenhang mit einem Antrag auf Zulassung erreichen Sie uns unter ☎ 0331/2309-970. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die Niederlassungsberatung der KVBB unter ☎ 0331/ 2309-320, Frau Lesche, in Anspruch zu nehmen.

Bitte beachten Sie, dass für den Antrag eine Bearbeitungszeit einzuplanen ist. Die durchschnittlichen Bearbeitungszeiten können Sie den Hinweisen auf unserer Webseite entnehmen.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die KVBB (Art. 13 und 14 DSGVO) können Sie unter <http://www.kvbb.de/datenschutz> einsehen.

Falls Sie nicht über einen Internetzugang verfügen sollten, senden wir Ihnen diese gerne postalisch zu.