



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Ressort Vertragsärztliche Versorgung
Registerstelle Dresden
PF 11 64
09070 Chemnitz

Posteingangsstempel

ANTRAG
auf Eintragung in das Arztregister
der Kassennärztlichen Vereinigung Sachsen
für Psychologische Psychotherapeuten und
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen (Originale oder amtlich beglaubigte Kopien) beizufügen:

- Geburtsurkunde, Namensänderungsurkunde, Einbürgerungsurkunde
- Zeugnis Hochschulabschluss
- Diplomurkunde
- Approbationsurkunde
- Promotionsurkunde
- Urkunden über weitere akademische Titel
- Arbeitsverträge/Bescheinigungen/Zeugnisse entspr. Anlage 1 über die psychotherapeutische Tätigkeit seit der Approbation
- Fachkundenachweis entspr. § 95 c SGB V (dazu Anlage 2)
 - Bestätigung/ Nachweis der Ausbildungsstunden durch das Ausbildungsinstitut
 - Zeugnis über die staatl. Prüfung für Psychologische Psychotherapeuten/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Nach Eingang der vollständigen Unterlagen erhalten Sie eine Rechnung über die Antragsgebühr in Höhe von €100,00 (gemäß § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV). Die Eintragung wird erst nach dem Begleichen dieser Rechnung wirksam.

| | | |
|--|---|-----------------------------------|
| Name: | | |
| Vorname: | | |
| Rufname: | | |
| Titel: | | |
| Geburtsdatum: | | |
| Geburtsort: | | |
| Geschlecht: | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich |
| Staatsangehörigkeit: | | |
| Wohnanschrift: Straße, Nr. PLZ, Ort | | |
| Telefon: | Vorwahl: | Ruf.-Nr. |
| E-Mail: | | |
| Ausbildungsdaten: Hochschul-Abschluss Diplomurkunde Approbation Promotion | am: | Ort: |
| | am: | |
| | am: | durch: |
| | am: | als: |
| weiterer akad. Titel: | am: | als: |
| Zusatzbezeichnungen: | am: | als: |
| | am: | als: |
| Fachkundenachweis nach § 95c SGB V | am: | als: |
| | am: | als: |
| Fremdsprachenkenntnisse (allgemein) Sprache: Sprache: Sprache: | Fremdsprachenkenntnisse zur Behandlung von Patienten Sprache: Sprache: Sprache: | |

Welche Tätigkeit üben Sie zurzeit aus?

.....

Tätigkeit/ Dienststellung:

.....

Beschäftigungsort / Dienststelle:

Haben Sie bereits an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilgenommen oder nehmen Sie zurzeit an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teil?

nein ja

Falls ja, im Bereich der KV:

Lebenslange Arztnummer:

Sind Sie bereits in ein Arztregister eingetragen? ja nein

Arztregisterstelle:

Eintragungs-Nr.:

Sind Sie zurzeit niedergelassen/ in eigener Praxis tätig? ja nein

Falls ja, seit wann?

Haben Sie die Absicht, demnächst an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilzunehmen?

nein ja, in eigener Niederlassung

als angestellter Psychotherapeut im MVZ bzw. in einer Praxis

Falls ja, wurde ein entsprechender Antrag gestellt?

nein ja

Falls ja, bei welcher KV?

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Psychotherapeuten

Psychotherapeutische Tätigkeit seit der Approbation

(Bitte in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge angeben. Auch die Tätigkeit bei der Bundeswehr, längere Vertretungen von Psychotherapeuten sowie frühere Tätigkeiten im Rahmen einer Zulassung/Ermächtigung als Psychotherapeut)

Hinweis: Die Vorlage der entsprechenden Bescheinigungen bzw. Zeugnisse ist im Original bzw. als amtlich beglaubigte Kopie erforderlich.

| von - bis | Dienststellung/Tätigkeit | Arbeitgeber/Dienststelle/Krankenhaus | | | Vollzeit | Teilzeit |
|-----------|--------------------------|--------------------------------------|-----|-----------|----------|----------|
| | | Name | Ort | Abteilung | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Ort, Datum

Unterschrift des Psychotherapeuten

Fachkundenachweis

(Die Nachweise über den Erwerb der Fachkunde sind dem Antrag als Original oder als beglaubigte Kopien beizufügen. Zutreffendes bitte ankreuzen.)

Der Fachkundenachweis entsprechend § 95 c SGB V wird erbracht als

- Psychologischer Psychotherapeut Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

| <input type="radio"/> Approbation nach § 2 Abs. 1, 2 und 3 PsychThG | | | | |
|--|---|--|--|--|
| Ausbildung nach § 8 Abs. 3 Nr. 1 in einem durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 92 Abs. 6a SGB V anerkannten Behandlungsverfahren: | | | | |
| <input type="radio"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | | <input type="radio"/> Verhaltenstherapie | <input type="radio"/> Analytische Psychotherapie | |
| <input type="radio"/> Zertifikat einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (nach § 6 PsychThG): | | | | |
| <input type="radio"/> Approbation nach § 12 PsychThG | | | | |
| Ausbildung in einem durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V anerkannten Behandlungsverfahren: | | | | |
| <input type="radio"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | | <input type="radio"/> Verhaltenstherapie | <input type="radio"/> Analytische Psychotherapie | |
| <input type="radio"/> nach § 12 Abs. 1 | <input type="radio"/> nach § 12 Abs. 2 | <input type="radio"/> nach § 12 Abs. 3 | | |
| <input type="radio"/> Teilnahme Delegationsverfahren zum 01.01.1999 oder <input type="radio"/> Erfüllung der Qualifikation zur Mitwirkung am Delegationsverfahren (Zusatzausbildung an einem von der KBV anerkannten Ausbildungsinstitut entsprechend der bis zum 31.12.1998 geltenden Psychotherapievereinbarung) oder <input type="radio"/> Ausbildung an einem von der KBV anerkannten Institut (bis zum 31.12.1998 aufgenommen und bis zum 31.12.2003 abgeschlossen) | <input type="radio"/> Weiterbildungszeugnis „Fachpsychologe der Medizin“ nach den Vorschriften über das postgraduale Studium im Gesundheitswesen vom 01.04.1981 <input type="radio"/> Nachweise über den Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten in der Psychotherapie in einer dreijährigen Weiterbildungszeit | <input type="radio"/> 1) Tätigkeit von mindestens 7 Jahren im Zeitraum vom 01.01.1989 bis 31.12.1998 oder <input type="radio"/> 2) Psychotherapeutische Tätigkeit (spätestens Aufnahme) am 24.06.1997 | | |
| | | <input type="radio"/> Mitwirkung bei der Versorgung von Versicherten einer Krankenkasse oder <input type="radio"/> Vergütung von Leistungen durch eine private Krankenversicherung oder <input type="radio"/> Leistungen wurden von der Beihilfe als beihilfefähig anerkannt | <input type="radio"/> Angestellter oder <input type="radio"/> Beamter in <input type="radio"/> einer psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen oder neurol. Einrichtung oder <input type="radio"/> hauptberuflich (Durchführung von psychotherapeutischen Behandlungen) | |
| | | zu 1) <input type="radio"/> mind. 4000 Std. psychotherapeutische Berufstätigkeit <u>oder</u> mind. 60 dokumentierte und abgeschlossene Behandlungsfälle <input type="radio"/> mind. 140 Stunden theoretische Ausbildung in wiss. anerkannten Verfahren bzw. in dem Gebiet, in dem Sie beschäftigt waren | | |
| | | zu 2) wurden bis zum 31.12.1998 erbracht: <input type="radio"/> mindestens 2000 Std. psychotherapeutische Berufstätigkeit <u>oder</u> mindestens 30 dokumentierte und abgeschlossene Behandlungsfälle <input type="radio"/> mindestens 280 Std. theoretische Ausbildung in wiss. anerkannten Verfahren bzw. in dem Gebiet, in dem Sie beschäftigt waren <input type="radio"/> mind. 5 Behandlungsfälle unter Supervision mit insgesamt mind. 250 Behandlungsstunden | | |

Ort, Datum

Unterschrift des Psychotherapeuten