



Ressort Vertragsärztliche Versorgung  
Zulassungsausschuss Ärzte Dresden (Psychotherapie)  
Postfach 11 64  
09070 Chemnitz

## Antrag auf Ermächtigung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit

### 1. Antragsteller

.....  
Titel, Name, Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde -

.....  
Geburtsdatum

.....  
Geburtsort

.....  
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.)

### 2. Fachgebiet der Ermächtigung

- Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt
- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

in den Verfahren

- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie
- Systemische Therapie

### 3. Tätigkeitsort und -beginn

.....  
Name der Einrichtung/Praxis

.....  
Straße, Nr.

.....  
PLZ, Ort

Tel.: ..... FAX: .....

**zum** .....

Beginn der Ermächtigung

#### 4. Ermächtigungsvoraussetzungen

Deutsche Approbation

.....  
Ausstellungsbehörde, Datum

#### 5. Arztregister

- bereits eingetragen
- Eintragung beantragt

bei der .....  
Bezeichnung der Kassenärztlichen Vereinigung

#### 6. Derzeitige Tätigkeit

- Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

als .....  
ärztliche Funktion

bei .....  
Name Arbeitgeber

im Umfang .....  
Wochenstunden

- zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigter Arzt
- zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung ermächtigter psychologischer Psychotherapeut/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung .....
- ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

#### 7. Antragsgebühr

Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von **120,- €** zu entrichten, vgl. § 1 Abs. 3 Nr. 1, § 46 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV). Diese werden Ihnen durch den Zulassungsausschuss gesondert in Rechnung gestellt.

**Bitte die Zahlungen erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe der Rechnungsnummer vornehmen.**

**Die Entscheidung durch den Zulassungsausschuss erfolgt erst nach dem Zahlungseingang der Antragsgebühr.**

Hinweis: Erlangt die beantragte Ermächtigung Rechtskraft, ist zusätzlich eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400,- € zu zahlen.

#### 8. Nachweis Berufshaftpflichtversicherung

- Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) i. V. m. § 95e Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – (SGB V) als **Anlage**

## 9. Antragsunterlagen<sup>1</sup>

**Hinweis: Bei Fortführung einer Ermächtigung ist die erneute Vorlage von Urkunden nur notwendig, sofern seit der letzten Beschlussfassung Änderungen oder Ergänzungen eingetreten sind.**

- tabellarischer Lebenslauf, einschließlich Unterschrift
- Approbationsurkunde
- bei Fachärzten: Berechtigung zum Führen der beantragten Fachgebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung
- bei psycholog. Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Fachkundenachweis und Fachgebietsbezeichnung
- Urkunden zum Führen von Titeln (auch Ernennungsurkunden des KH, wie Oberarzt, Chefarzt)
- schriftliche Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers bzw. Nebentätigkeitsgenehmigung des Arbeitgebers
- Erhebungsbogen „Qualitätssicherung“

## 10. Besondere Hinweise

Anstelle von Originalen können amtlich beglaubigte Kopien beigelegt werden.

Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber der KV Sachsen muss nach den Bestimmungen der Bundesmantelverträge mittels EDV unter Verwendung von genehmigter Software **Online** durchgeführt werden.

Für den Fall, dass die Einrichtung, in der die Ermächtigung ausgeübt werden soll, bereits als Sammelabrechner gegenüber der KV Sachsen fungiert, ist eine gesonderte Einverständniserklärung des ermächtigten Arztes zur Teilnahme hieran abzugeben.

Aus Gründen der Qualitätssicherung besonders genehmigungspflichtige Leistungen stehen unter dem Genehmigungsvorbehalt der KV Sachsen und müssen hier entsprechend gesondert beantragt werden.

## 11. Bemerkungen des Antragstellers (z. B. Führen von Zusatzbezeichnungen)

.....

.....

.....

**12. Ermächtigungsinhalt**

Das Leistungsspektrum der bisherigen Ermächtigung soll **unverändert** fortgeführt werden.

Das Leistungsspektrum der beantragten Ermächtigung soll folgenden Inhalt haben:

beantragtes Leistungsspektrum der Ermächtigung	alle zur jeweiligen Leistung gehörigen Gebührenordnungspositionen des EBM

Kurze **Begründung** zum o.g. Leistungsspektrum \*:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 13. Erklärungen

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht **drogen- und alkoholabhängig** bin und es auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war.

Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre nicht einer Entziehungskur wegen **Drogen- oder Alkoholabhängigkeit** unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Mir ist bekannt, dass die beantragte Ermächtigung ausschließlich an meine Person gebunden ist. Entsprechend § 95 Abs. 4 SGB V habe ich für die Dauer und den Umfang der Ermächtigung die Rechte und Pflichten eines Vertragsarztes. Hierzu gehört unter anderem die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung (vgl. § 32 a Ärzte-ZV).

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller

### Hinweis Datenschutz

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz](http://www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz).