

Zulassungsausschuss - Ärzte - Dresden
in der Besetzung nach § 95 (13) SGB V
(Psychotherapie)



Zulassungsausschuss - Ärzte - Dresden
Postfach 10 06 41
01076 Dresden

Antrag auf Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

1. Antragsteller

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

.....
Geburtsdatum

.....
Geburtsort

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

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

2. Ich beantrage die Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit

voller Versorgungsauftrag hälftiger Versorgungsauftrag

als Psychologischer Psychotherapeut
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

in den Verfahren

Verhaltenstherapie
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 Analytische Psychotherapie

für die Betriebsstätte (Praxisanschrift)

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
Tel.:

.....
FAX:

zum
voraussichtl. Niederlassungsdatum

Ich übernehme die Praxis von

.....
Name, PLZ, Ort

3. Zulassungsvoraussetzungen

- Arztregister bereits eingetragen
(der Auszug über die Eintragung ist vorzulegen)
 Eintragung beantragt

bei der

Bezeichnung der Kassenärztlichen Vereinigung

4. Derzeitige Tätigkeit

- Dienst-/Beschäftigungsverhältnis
als
-
bei
- zugelassener Psychotherapeut oder zur Teilnahme an der vertragsärztlichen
Versorgung ermächtigt
- im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung
- Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum
- Die angegebene Tätigkeit wird im Anteil vonStunden weitergeführt.
(Der entsprechende Arbeitsvertrag ist im Original vorzulegen.)
- ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

5. Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- tabellarischer Lebenslauf einschließlich Unterschrift
- Nachweise über die ausgeübten psychotherapeutischen Tätigkeiten seit der Eintragung im
Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung bis zu dieser Antragstellung
- Behördliches** Führungszeugnis - Belegart O - (darf zum Zeitpunkt dieser Antragstellung
nicht älter als 3 Monate sein) wurde beantragt am
bei
- Erhebungsbogen „Qualitätssicherung“

Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von **100,- €** zu entrichten, vgl. § 46 Abs. 1
Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV). Diese wird Ihnen durch den
Zulassungsausschuss gesondert in Rechnung gestellt. **Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der
Rechnung unter Angabe der Rechnungsnummer. Beachten Sie bitte auch, dass eine
Antragsbearbeitung erst nach Einzahlung der Gebühr erfolgt.**

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

6. Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit

.....
Die Ausübung der psychotherapeutischen Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung in BAG bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein gesonderter Antrag erforderlich.

7. Besonderer Hinweis:

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.

Bemerkungen des Antragstellers

.....
.....

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

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.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift