

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



Zulassungsausschuss - Ärzte - Leipzig  
Postfach 24 11 52  
04331 Leipzig

## 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 von .....Stunden 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