



Zulassungsausschuss Ärzte Dresden (Psychotherapie)
Postfach 10 06 41
01076 Dresden

Antrag auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit

1. Antragsteller

.....
Titel, Name, Vorname

.....
Geburtsdatum Geburtsort

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

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

.....
für Rückfragen des Zulassungsausschusses zum Antrag: Telefonnummer/E-Mail-Adresse

2. Antragstellung

Ich beantrage die Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit mit ...

- vollem Versorgungsauftrag
 - hälftigem Versorgungsauftrag
 - drei Viertel Versorgungsauftrag
- als ...**
- 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

für die Betriebsstätte (konkrete Praxispostanschrift)

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ, Ort

Tel.: FAX:

zum
voraussichtl. Niederlassungsdatum

Ich übernehme die Praxis von ...

.....
Name Praxisabgeber, PLZ, Ort

Ich beantrage die Zulassung im geöffneten Planungsbereich ...

.....
Name Planungsbereich

3. Arztregistereintragung

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

bei der
Bezeichnung der Kassenärztlichen Vereinigung

4. Angaben zur derzeitigen Tätigkeit

Dienst-/Beschäftigungsverhältnis
als
bei

im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung

- zugelassener Vertragsarzt oder Psychotherapeut
- zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt

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. Antragsunterlagen

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
- Versicherungsbescheinigung gemäß § 95e SGB V i. V. m. § 113 Abs. 2 VVG
- Erhebungsbogen „Qualitätssicherung“

Gebührenhinweise: Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von **100,- €** zu entrichten, die mit der Antragstellung fällig wird vgl. §§ 1 Abs. 3 Nr. 1, 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.**

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

6. Sonstige Angaben

Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit

.....
Titel, Name, Vorname, Facharztbezeichnung

Hinweis: Die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in einer BAG bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein **gesonderter Antrag** erforderlich.

7. Sonstige Anmerkungen zur Antragstellung (z.B. Führen von Zusatzbezeichnungen)

.....
.....

Ich bestätige die Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

8. Besondere Erklärungen des Antragstellers

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

9. Besondere Hinweise

1. Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz.
2. Bitte beachten Sie auch die Sitzungstermine des Zulassungsausschusses und die Fristen für die Antragstellung unter <https://www.kvs-sachsen.de/aktuell/der-weg-in-die-praxis/zulassungsausschuesse/>.
3. Die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen gegenüber der KV Sachsen muss nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) mittels EDV unter Verwendung von genehmigter Software **online** durchgeführt werden.