



BEZIRKSGESCHÄFTSSTELLE CHEMNITZ

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz
Abteilung Sicherstellung
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.
Ausbildungsdaten:		
Hochschul-Abschluss	am:	Ort:
Diplomurkunde	am:	
Approbation	am:	durch:
Promotion	am:	als:
weiterer akad. Titel:	am:	als:
Zusatzbezeichnungen:	am:	als:
	am:	als:
Fachkundenachweis nach § 95c SGB V	am:	als:
	am:	als:
Fremdsprachenkenntnisse (allgemein)	Fremdsprachenkenntnisse zur Behandlung von Patienten	
Sprache:	Sprache:	
Sprache:	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 **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:

 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Verhaltenstherapie Analytische Psychotherapie Zertifikat einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (nach § 6 PsychThG): **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:

 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Verhaltenstherapie Analytische Psychotherapie **nach § 12 Abs. 1** Teilnahme Delegationsverfahren zum 01.01.1999

oder

 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

 Ausbildung an einem von der KBV anerkannten Institut (bis zum 31.12.1998 aufgenommen und bis zum 31.12.2003 abgeschlossen) **nach § 12 Abs. 2** Weiterbildungszeugnis „Fachpsychologe der Medizin“ nach den Vorschriften über das postgraduale Studium im Gesundheitswesen vom 01.04.1981 Nachweise über den Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten in der Psychotherapie in einer dreijährigen Weiterbildungszeit **nach § 12 Abs. 3**1) Tätigkeit von mindestens 7 Jahren im Zeitraum vom 01.01.1989 bis 31.12.1998

oder

2) Psychotherapeutische Tätigkeit (spätestens Aufnahme) am 24.06.1997 Mitwirkung bei der Versorgung von Versicherten einer Krankenkasse

oder

 Vergütung von Leistungen durch eine private Krankenversicherung

oder

 Leistungen wurden von der Beihilfe als beihilfefähig anerkannt Angestellter

oder

 Beamter

in

 einer psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen oder neurol. Einrichtung

oder

 hauptberuflich (Durchführung von psychotherapeutischen Behandlungen)**zu 1)** mind. 4000 Std. psychotherapeutische Berufstätigkeit oder mind. 60 dokumentierte und abgeschlossene Behandlungsfälle 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:** mindestens 2000 Std. psychotherapeutische Berufstätigkeit oder mindestens 30 dokumentierte und abgeschlossene Behandlungsfälle mindestens 280 Std. theoretische Ausbildung in wiss. anerkannten Verfahren bzw. in dem Gebiet, in dem Sie beschäftigt waren mind. 5 Behandlungsfälle unter Supervision mit insgesamt mind. 250 Behandlungsstunden

Ort, Datum

Unterschrift des Psychotherapeuten