

arztregister@kvhh.de

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg



Praxisstempel

Antrag auf Genehmigung der Anstellung eines Ausbildungsassistenten (Psychotherapeut in Ausbildung)

gem. § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Psychotherapeutinnen eingeschlossen.

Datenschutz: Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter:

<https://www.kvhh.net/de/datenschutzhinweis.html>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Name des Antragstellers

ggf. Titel, Vorname, Name

Der Ausbildungsassistent soll folgendem Therapeuten zugeordnet werden:

- falls abweichend vom Antragsteller -

ggf. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet des weiterbildenden Therapeuten

Name des Ausbildungsassistenten

ggf. Titel, Vorname, Name

Ausbildungsziel des Ausbildungsassistenten:

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Erwachsenen
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern
- Analytische Psychotherapie bei Erwachsenen
- Analytische Psychotherapie bei Kindern
- Verhaltenstherapie bei Erwachsenen
- Verhaltenstherapie bei Kindern
- Systemische Therapie bei Erwachsenen

Die Ausbildung erfolgt in Kooperation mit folgender Ausbildungsstätte:

Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte

Für welchen Zeitraum soll die Ausbildung erfolgen?

von bis

An welchem Standort soll die Ausbildung erfolgen?

In welchem Umfang soll die Tätigkeit erfolgen?

Ganztags (mindestens 40 Stunden / Woche): Stunden / Woche

in Teilzeit mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von (Stunden/Woche):

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

Hinweis: Machen Sie bitte Kopien von den Unterlagen.

- ➔ die vom Ausbildungsassistenten ausgefüllte und unterschriebene Seiten 3 dieses Antrages
- ➔ Kooperationsvertrag zwischen Ausbildungsstätte und Antragsteller
ODER
 - ➔ Bescheinigung der Ausbildungsstätte über das Vorliegen einer Kooperationsvereinbarung mit dem Antragsteller
- ➔ Bescheinigung der Ausbildungsstätte über den Beginn der Ausbildung des Ausbildungsassistenten
- ➔ Falls die Ausbildung verlängert werden soll: Bescheinigung der Ausbildungsstätte über das Erfordernis der Verlängerung zum Erreichen des Ausbildungsziels
- ➔ eine Kopie des Arbeitsvertrages

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Name in Druckbuchstaben



Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Psychotherapeutinnen eingeschlossen.

Datenschutz: Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter:

<https://www.kvhh.net/de/datenschutzhinweis.html>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Persönliche Daten des Ausbildungsassistenten

ggf. Titel, Vorname, Name

Privatanschrift

PLZ

Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschlecht

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

M W D

Staatsangehörigkeit

E-Mail

Telefon privat

Handy

LANR - sofern vorhanden -

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Änderungen oder Ergänzungen werde ich dem Arztregister unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.

Ort und Datum

Unterschrift des Ausbildungsassistenten

Name in Druckbuchstaben