

Zulassungsausschuss für Ärzte
- Hamburg -
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Antrag auf Zulassung als Vertragspsychotherapeut

gemäß § 95 SGB V

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet.

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:

<http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>

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

Name des Antragstellers

Titel, Vorname Name

Zulassung wird beantragt als

- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychologischer Psychotherapeut

Therapieverfahren

- analytische Psychotherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Systemische Psychotherapie

In welchem Umfang beantragen Sie die Zulassung als Vertragspsychotherapeut?

- mit **viertel** Versorgungsauftrag (Erweiterung eines halben Versorgungsauftrages auf einen dreiviertel Versorgungsauftrag)
- mit **viertel** Versorgungsauftrag (Erweiterung eines dreiviertel Versorgungsauftrages auf einen vollen Versorgungsauftrag)
- mit **hälftigem** Versorgungsauftrag
- mit **dreiviertel** Versorgungsauftrag
- mit **vollem** Versorgungsauftrag

Hinweis: Auf einen ausgeschriebenen Viertelsitz kann nur eine Erweiterung einer bereits im Umfang einer hälftigen oder zu drei Vierteln bestehenden Zulassung erfolgen.

Wird die Zulassung im Jobsharing gemäß § 101 Abs. 1 Satz 4 SGB V beantragt?

- nein
- ja, bitte **Jobsharing-Senior-Partner** angeben

Titel, Vorname Name

Den im Original einzureichenden Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- ➔ aktueller Auszug aus dem Arztregister (ggf. Kopie)
- ➔ Bescheinigung der psychotherapeutischen Tätigkeit seit der Approbation (Kopien)
- ➔ Lebenslauf mit aktueller Datumsangabe und Unterschrift
- ➔ Erklärung über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse (Seite 6)
- ➔ Erklärung, dass keine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit besteht und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des Berufs nicht entgegenstehen (Seite 7)
- ➔ Bescheinigungen der betreffenden KV'en über Ort und Dauer früherer Zulassungen (Kopien)
- ➔ Beleg über den Antrag auf Erteilung eines polizeilichen Führungszeugnisses nach Belegart "O" (Kopie)

Für den Antrag kann nur ein Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde anerkannt werden, dessen **Ausstellung nicht länger als drei Monate** vor der Antragstellung liegen darf. Um eine Verzögerung in der Bearbeitung Ihres Antrages zu vermeiden, bitten wir Sie daher dringend, bei dem für Sie zuständigen Einwohnermeldeamt den Antrag auf Erteilung eines Führungszeugnisses nach **Belegart „O“** zur Vorlage beim Zulassungsausschuss für Ärzte - Hamburg - unter Angabe der Anschrift "Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg" und des Verwendungszweckes "Zulassung" zu stellen.

Persönliche Daten

Familienname

Vorname(n)

Privatanschrift

PLZ

Ort

--	--	--	--	--	--	--

Titel

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--

E-Mail privat

Mobiltelefon

Telefon privat

Fax privat

Besteht eine Schwerbehinderung?

nein

ja

Von welcher Stelle ist die Schwerbehinderung anerkannt?

Hinweis: Eine Kopie des Bescheides ist ggf. dem Antrag beizufügen.

Vertragspsychotherapeutische Tätigkeit

Haben Sie bereits an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilgenommen?

- ja, ich bin **zurzeit** tätig als ja, ich war in der **Vergangenheit** tätig als nein
- zugelassener Psychotherapeut zugelassener Psychotherapeut
- als ermächtigter Psychotherapeut als ermächtigter Psychotherapeut
- als angestellter Psychotherapeut als angestellter Psychotherapeut

von

ggf. bis

Bitte geben Sie den Ort des Vertragssitzes an:

Bitte nennen Sie den Grund für die Beendigung der Tätigkeit:

Liegt bzw. lag Ihre Praxis in einem Gebiet, für das Unterversorgung für Ihr Fachgebiet festgestellt wurde?

- ja
 nein

Bei der Auswahl der Bewerber um den Vertragssitz sind unter anderem die Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung zu berücksichtigen.

Nachfolgend können Sie hierzu ggf. Angaben machen:

Angaben zur psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung / Approbation / Berufsverbot

Approbation am

durch

Wurde Ihnen jemals die Approbation entzogen?

nein

ja, von bis

Falls ja, von welcher Stelle?

Bitte geben Sie den Grund für die Entziehung an:

Ruhte Ihre Approbation jemals?

nein

ja von bis

Falls ja, von welcher Stelle?

Bitte geben Sie den Grund des Ruhens an:

Wurde Ihnen jemals die Berufsausübung untersagt?

nein

ja von bis

Falls ja, von welcher Stelle?

Bitte geben Sie den Grund für das Verbot an:

Bisherige psychotherapeutische Tätigkeiten ab der Approbation

Bitte die bisherigen psychotherapeutischen Tätigkeiten sowie eventuelle Erziehungs- und/oder Pflegezeiten seit Erhalt der Approbation in zeitlicher Reihenfolge auflisten und die entsprechenden Belege beifügen (auch über aktuelle Tätigkeit, z.B. letzte Gehaltsabrechnung). Achtung: Reicht der Platz für die Eintragung der Tätigkeiten auf dieser und der folgenden Seite nicht aus, bitte die weiteren Tätigkeiten als Anlage beifügen.

1.	von	bis	Zeit in Monaten	Eingaben Geschäftsstelle
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)			
<hr/>				
2.	von	bis	Zeit in Monaten	Eingaben Geschäftsstelle
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)			
<hr/>				
3.	von	bis	Zeit in Monaten	Eingaben Geschäftsstelle
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)			
<hr/>				
4.	von	bis	Zeit in Monaten	Eingaben Geschäftsstelle
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)			
<hr/>				
5.	von	bis	Zeit in Monaten	Eingaben Geschäftsstelle
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)			
<hr/>				
6.	von	bis	Zeit in Monaten	Eingaben Geschäftsstelle
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)			
<hr/>				
7.	von	bis	Zeit in Monaten	Eingaben Geschäftsstelle
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)			
<hr/>				
8.	von	bis	Zeit in Monaten	Eingaben Geschäftsstelle
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Arbeitgeber (Krankenhaus etc.)			
<hr/>				

Angaben zum geplanten Vertragssitz

Hinweis: Bei Übernahme einer Praxis / eines hälftigen Versorgungsauftrages, die Adresse des Abgebers angeben.

Praxisadresse

PLZ

Ort

--	--	--	--	--	--	--

Wann planen Sie die voraussichtliche Praxisaufnahme?

Datum

--	--	--	--	--	--

Soll eine Vertragspraxis übernommen werden?

- nein
 ja, bitte **Praxisinhaber** angeben

Titel, Vorname, Name

Handelt es sich um eine gemeinsame vertragspsychotherapeutische Tätigkeit (Berufsausübungsgemeinschaft)?

- nein
 ja, mit folgenden Psychotherapeuten: _____

Hinweis: Bei Jobsharing muss zwingend eine Berufsausübungsgemeinschaft gegründet werden.

- ja, der Gesellschaftsvertrag ist beigelegt
 der Gesellschaftsvertrag wird bis zum

--	--	--	--	--	--

 nachgereicht

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

Gebühren

Hinweis: Nach Bestandskraft der Zulassung wird eine Verwaltungsgebühr von 400,00 € durch die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erhoben.

Für diesen Antrag wird eine Gebühr von 100,00 € fällig. Bitte überweisen Sie auf das Konto bei der KVH:

Deutsche Apotheker- u. Ärztebank

IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06 BIC DAAEDEDXXX

Verwendungszweck "Zulassung für..."

Bitte beachten Sie: Eine Zahlung der Gebühr kann Ihrem Antrag nur zugeordnet werden, wenn Sie den vorgegebenen Verwendungszweck mit dem Namen des Antragstellers angeben.

Ort und Datum

Unterschrift

Erklärung über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse

Hinweis: Falls Sie Ihr Beschäftigungsverhältnis nicht reduzieren oder aufgeben möchten, müssen Sie nach Erhalt der Zulassung eine Nebentätigkeitsgenehmigung des Arbeitgebers vorlegen, aus der hervor geht, in welchem Umfang eine Nebentätigkeit von diesem genehmigt werden würde. Ob eine Nebentätigkeit neben der Zulassung möglich ist, entscheidet der Zulassungsausschuss im Einzelfall.

Titel, Vorname Name

erklärt hiermit, dass

- keine Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse irgendwelcher Art bestehen
 folgende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse bestehen

Achtung: Reichen Sie für jedes Ihrer Beschäftigungsverhältnisse ein separates Blatt ein.
Bitte kopieren Sie bei Bedarf diese Seite.

Angaben zum bestehenden Beschäftigungsverhältnis

Arbeitgeber und Anschrift

Tätigkeit als

Wöchentliche Arbeitsstunden _____

Sind Sie bereit, im Falle einer Zulassung das Beschäftigungsverhältnis aufzugeben?

- nein
 ja und zwar spätestens 3 Monate nach Bestandskraft meiner Zulassung
 ja und zwar zum
 Bei Erhalt der Zulassung werde ich die Arbeitszeit spätestens 3 Monate nach Bestandskraft meiner Zulassung auf _____ Stunden pro Woche reduzieren.
 Bei Erhalt der Zulassung werde ich die Arbeitszeit auf _____ Stunden pro Woche zum reduzieren.

Die Arbeitszeit der Nebentätigkeit wird dann wie folgt erbracht:

	Vormittags		Nachmittags	
	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

Ort und Datum

Unterschrift

Vorgeschrieben Erklärung gemäß § 18 (2) e Ärzte-ZV

Titel, Vorname, Name

--

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht drogen- und/oder alkoholabhängig bin und es auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht war.

Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Ort und Datum

Unterschrift

In Ergänzung zu dem von mir am

--	--	--	--	--	--

 beantragten Führungszeugnis erkläre ich hiermit, dass ich nicht vorbestraft bin und dass kein Ermittlungs-, Straf- oder berufsgerichtliches Verfahren gegen mich schwebt.

Ort und Datum

Unterschrift