

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

Praxisstempel

Antrag auf Zulassung als Vertragspsychotherapeut nach Umwandlung einer Anstellung

gemäß § 95 Abs. 9b 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

In welchem Fachgebiet (ggf. Schwerpunkt) wird die Zulassung beantragt?

In welchem Umfang beantragen Sie die Umwandlung?

- mit **vollem** Versorgungsauftrag mit **häftigem** Versorgungsauftrag

Die Zulassung wird beantragt zum

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

Name des ehemaligen Arbeitgebers

Titel, Vorname, Name oder Name des Medizinischen Versorgungszentrums

Angaben zum geplanten Vertragspsychotherapeutensitz

Praxisadresse

PLZ

Ort

					Hamburg
--	--	--	--	--	---------

Hinweis: Der Vertragsarztsitz ist zunächst der Ihres Arbeitgebers. Weicht der geplante Vertragsarztsitz davon ab, muss ein Verlegungsantrag an den Zulassungsausschuss gestellt werden. Das dafür benötigte Formular "Antrag auf Praxisverlegung" finden Sie auf der Homepage der KVH (www.kvhh.de) auf der Seite "Formulare" unter dem Stichwort "Praxisverlegung".

Ist eine gemeinsame vertragsärztliche Tätigkeit (Berufsausübungsgemeinschaft) geplant?

- nein
 ja, mit folgenden Ärzten:

Hinweis: Bei Jobsharing muss zwingend eine Berufsausübungsgemeinschaft gegründet werden.

Angaben zum Antrag

- Der Antrag auf Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft ist beigefügt.
 Der Antrag auf Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft wird bis zum

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

nachgereicht.

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

Hinweis: Die Unterlagen verbleiben – mit Ausnahme der Originale – bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses. **Machen Sie bitte ggf. Kopien von den benötigten Unterlagen.**

- Erklärung über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse (Seiten 4 und 5)
 Erklärung, dass keine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit besteht und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztl. Berufs nicht entgegenstehen (Seite 5)
 Beleg über den Antrag auf Erteilung eines polizeilichen Führungszeugnisses nach Belegart "O"
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 **B e l e g a r t „O“** zur Vorlage beim Zulassungsausschuss für Ärzte - Hamburg - unter Angabe der Anschrift "Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg" und des Verwendungszweckes "Zulassung" zu stellen.

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

Persönliche Daten

Familienname

Vorname(n)

Privatanschrift

Titel

Geburtsdatum

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

Staatsangehörigkeit

Telefon privat

E-Mail privat

Geburtsname

Rufname(n)

PLZ

Ort

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

Geburtsort

Geschlecht

männlich

weiblich

Mobiltelefon

Fax privat

Besteht eine Schwerbehinderung?

nein

ja

Von welcher Stelle ist die Schwerbehinderung anerkannt?

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

Angaben zur beantragten Zulassung

Die Zulassung wird beantragt als:

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Psychologischer Psychotherapeut

Facharzt für

Machen Sie bitte Angaben zum Therapieverfahren:

analytische Psychotherapie tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Verhaltenstherapie

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

Ort und Datum

Unterschrift

Erklärung des Angestellten über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse / selbstständige oder freiberufliche Tätigkeiten

Hinweis: Falls Sie Ihr Beschäftigungsverhältnis nicht reduzieren oder aufgeben möchten, müssen Sie 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.

ggf. Titel, Vorname, Name

Ich erkläre hiermit, dass

- keine Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse irgendwelcher Art bestehen
- keine weiteren selbstständigen / freiberuflichen Tätigkeiten ausgeübt werden
- folgende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse bestehen
- folgende selbstständige / freiberufliche Tätigkeiten ausgeübt werden

Hinweis: Reichen Sie für jedes Ihrer Beschäftigungsverhältnisse eine separate Erklärung ein. Bitte kopieren Sie bei Bedarf diese und die folgende Seite.

Angaben zum bestehenden Beschäftigungsverhältnis / zur selbstständigen oder freiberuflichen Tätigkeit

ggf. Arbeitgeber

Anschrift

Tätigkeit als

Wöchentliche
Arbeitsstunden

--	--

Dabei handelt es sich um:

- eine Anstellung
 - im MVZ / beim Arzt / in einer BAG
 - im Krankenhaus
- eine selbstständige / freiberufliche Tätigkeit

Zu welchen Tags- / Uhrzeiten wird die Arbeitszeit der Nebentätigkeit erbracht?

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

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 wird dann wie folgt erbracht:

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

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

Titel, Vorname, Name

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht drogen- und 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