



ANTRAG

auf Eintragung in das Psychotherapeutenregister der KV Brandenburg

Diesem Antrag füge ich folgende Unterlagen **im Original** -einschließlich einer Kopie- oder als **amtlich beglaubigte** Schwarz-Weiß-Kopien bei:

- Geburtsurkunde und ggf. Urkunde bei Namensänderung
ggf. Einbürgerungsurkunde
Bitte beachten Sie, dass Personenstandsurkunden nur vom jeweils zuständigen Standesamt ausgestellt oder beglaubigt werden dürfen.
- Staatsexamen/Diplomurkunde über den Abschluss eines
 - Psychologie
 - Pädagogik
 - Sozialpädagogikstudiums
- Approbationsurkunde gem. §§ 2 oder 12 PsychThG
Bitte beachten Sie, dass die amtliche Beglaubigung der Approbationsurkunde max. 3 Monate alt sein sollte.
- Promotionsurkunde
bzw. Urkunden, die zum Führen anderer Titel berechtigen
- Fachkundenachweis gemäß § 95 c SGB V
(Nachweis der Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren)
- Zeugnis über die staatliche Prüfung
- Arbeitsbescheinigungen bzw. -zeugnisse (keine Arbeitsverträge) über die bisherige Tätigkeit nach abgeschlossener Hochschulausbildung bis zur Antragstellung

Hinweise:

1. Die vorgenannten Unterlagen verbleiben, mit Ausnahme der Originale, in der hier anzulegenden Registerakte
2. Für diesen Antrag ist eine Gebühr von **100,00 €** gemäß § 46, 1 Ärzte-ZV zu entrichten
Die Rechnungslegung über die zu entrichtende Gebühr erhalten Sie in einem gesonderten Schreiben.

Ich versichere, dass die von mir in dem Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen.

Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Arztregisterstelle mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Prüfvermerk:

(wird von der KV ausgefüllt)

Der Antragsteller erfüllt – nicht – die Voraussetzungen und ist – nicht – in das Arztregister einzutragen.

Datum

Unterschrift

8	3				

ENR

LANR

getönte Felder werden
von der KV ausgefüllt

Lebenslange Arztnummer (falls vorhanden)

Familienname	Geburtsname									
Titel										
Vornamen										
Geburtsdaten	Geburtstag (TTMMJJ)				Geburtsort					
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich									
Staatsangehörigkeit jetzt	Staat					seit				
Wohnort	PLZ					Ort				
Straße, Nr.										
Telefon	Vorwahl-Nr.					Ruf-Nr.				
Telefax										
Email										
Praxis	PLZ					Ort				
Straße, Nr.										
Telefon	Vorwahl-Nr.					Ruf-Nr.				
Staatsexamen/Diplom	am (TTMMJJ)					in				
Promotionen						durch				
Approbation als PPT						durch				
als KJPT						durch				
Staatliche Prüfung (bei Approbation gem. § 2 PsychThG)	am (TTMMJJ)					durch				
Fachkundenachweis gem. § 95c SGB V										
im Richtlinienverfahren	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie					<input type="checkbox"/> Psychoanalyse <input type="checkbox"/> Systemische Therapie				

Sind Sie bereits in ein Arztreger eingetragen?	AR-Stelle					Eintragungs-Nr.				
Zurzeit niedergelassen?	seit				als					

Eingetragen am										
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse? Falls ja, welche?	Sprache:	<input type="checkbox"/> diagnosefähig
	Sprache:	<input type="checkbox"/> diagnosefähig

Anerkannte Schwerbehinderung (*Beantwortung freiwillig*)

Erwerbsminderung: _____ %

von welcher Stelle anerkannt: _____

Haben Sie bereits früher an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen oder nehmen Sie zur Zeit an der vertragsärztlichen Versorgung teil?

- ja
- nein

Falls ja, im Bereich der KV _____

im Delegationsverfahren von _____ bis _____

als zugelassener Psychotherapeut von _____ bis _____

als ermächtigter Psychotherapeut von _____ bis _____

Haben Sie die Genehmigung zur Ausübung besonderer ärztlicher Tätigkeiten oder Behandlungsverfahren? (erteilt durch eine Kassenärztliche Vereinigung)	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
	7.
	8.

Ist Ihnen die Approbation zu irgendeiner Zeit entzogen worden?

- ja
- nein

Falls ja, von welcher Stelle: _____

für welchen Zeitraum von _____ bis _____

Grund: _____

Ist zu irgendeiner Zeit das Ruhen Ihrer Approbation angeordnet worden?

- ja
- nein

Falls ja, von welcher Stelle: _____

für welchen Zeitraum von _____ bis _____

Grund: _____

Ist Ihnen die Berufsausübung als Psychotherapeut aufgrund gesetzlicher Bestimmungen zu irgendeiner Zeit untersagt worden?

- ja
- nein

Falls ja, von welcher Stelle: _____

für welchen Zeitraum von _____ bis _____

Grund: _____

Welche psychotherapeutische Tätigkeit üben Sie zurzeit hauptberuflich aus?

Tätigkeit/Dienststellung: _____

Beschäftigungsort/Dienststelle: _____

Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Vertragspsychotherapeut niederzulassen, bzw. anderweitig an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen (bspw. als angestellter Psychotherapeut einer Praxis?)

- ja
- nein

Falls ja, voraussichtlich

wann _____

wo _____

als _____

Aufstellung

über die bisherige Tätigkeit seit dem Hochschulabschluss in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge

Auch die Tätigkeit bei der Bundeswehr, längere Vertretungen von Psychotherapeuten sowie frühere Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung (Delegationsverfahren, Zulassung, Ermächtigung) sowie Zeiten ohne Tätigkeit sind anzugeben!

ERKLÄRUNG ZUR FACHKUNDE

gem. § 95 c SGB V zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg

Titel, Name, Vorname	Geburtsdatum
Wohnanschrift	

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

A. Der Nachweis der Fachkunde wird in einem durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannten Richtlinienverfahren geführt

- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie
- Systemische Therapie

B. Der Nachweis der Fachkunde wird geführt auf der Basis

1. **gemäß § 95c Satz 2 Nr. 1 oder 2 SGB V**

die Ausbildung erfolgte am Institut: _____

in der Zeit vom _____ bis _____

oder

2. Übergangsrecht **gemäß § 95c Satz 2 Nr. 3 SGB V i.V.m. § 12 PsychThG**
durch den Nachweis der Fachkundeviante:

oder

- 2.1 Mitwirkung am ehemaligen Delegationsverfahren (§ 12 Abs. 1 Satz 1 PsychThG)

oder

- 2.2 Qualifikation für das ehemalige Delegationsverfahren (§ 12 Abs. 1 Satz 1 PsychThG)

oder

- 2.3 Ausbildung zur Mitwirkung am Delegationsverfahren (§ 12 Abs. 1 Satz 2 PsychThG)

oder

- 2.4 Weiterbildung zum „Fachpsychologen der Medizin“ (§ 12 Abs. 2 PsychThG)
über das postgraduale Studium für naturwissenschaftliche und technische Hochschulkader sowie Diplompsychologen und Diplomsoziologen im Gesundheitswesen der ehemaligen DDR mit dreijähriger **vorwiegend** auf die Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten in der Psychotherapie ausgerichteten Ausbildung

oder

- 2.5 Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren (§ 12 Abs. 3 Satz 1 und 2 PsychThG) **-Alternativ A-**

mindestens siebenjährige Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeit in der Zeit vom 01.01.1989 bis 31.12.1998

4000 Stunden oder 60 abgeschlossenen Behandlungsfälle

140 Stunden theoretische Ausbildung

Erklärung zur Fachkunde - Seite 2

oder

- 2.6 Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren (§ 12 Abs. 3 Satz 3 PsychThG) **-Alternativ B-**
Aufnahme der ambulanten psychotherapeutischen Tätigkeit spätestens am 24.06.1997
 2000 Stunden oder 30 abgeschlossenen Behandlungsfälle
 zuzüglich 5 abgeschlossene Behandlungsfälle unter Supervision mit mindestens 250 Behandlungsstunden
 280 Stunden theoretische Ausbildung

oder

- 2.7 Anstellungs-/Beamtenverhältnis (§ 12 Abs. 4 PsychThG) **-Alternativ A-**
mit einer **vorwiegend** psychotherapeutischen Tätigkeit in einer psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen oder neurologischen Einrichtung
 mindestens siebenjährige Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeit in der Zeit vom 01.01.1989 bis 31.12.1998
 4000 Stunden oder 60 abgeschlossenen Behandlungsfälle
 140 Stunden theoretische Ausbildung

oder

- 2.8 Anstellungs-/Beamtenverhältnis (§ 12 Abs. 4 PsychThG) **-Alternativ B-**
mit einer **vorwiegend** psychotherapeutischen Tätigkeit in einer psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen oder neurologischen Einrichtung
 Aufnahme der ambulanten psychotherapeutischen Tätigkeit spätestens am 24.06.1997
 2000 Stunden oder 30 abgeschlossenen Behandlungsfälle
 zuzüglich 5 abgeschlossene Behandlungsfälle unter Supervision mit mindestens 250 Behandlungsstunden
 280 Stunden theoretische Ausbildung

oder

- 2.9 Antragsteller aus sonstigen Einrichtungen die in einem Anstellungs-/Beamtenverhältnis **hauptberuflich** psychotherapeutische Behandlungen durchführen (**§ 12 Abs. 4 PsychThG**) **-Alternativ C-**
 mindestens siebenjährige Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeit in der Zeit vom 01.01.1989 bis 31.12.1998
 4000 Stunden oder 60 abgeschlossenen Behandlungsfälle
 140 Stunden theoretische Ausbildung

oder

- 2.10 Antragsteller aus sonstigen Einrichtungen die in einem Anstellungs-/Beamtenverhältnis **hauptberuflich** psychotherapeutische Behandlungen durchführen (**§ 12 Abs. 4 Satz 3 PsychThG**) **-Alternativ D-**
 Aufnahme der ambulanten psychotherapeutischen Tätigkeit spätestens am 24.06.1997
 2000 Stunden oder 30 abgeschlossenen Behandlungsfälle
 zuzüglich 5 abgeschlossene Behandlungsfälle unter Supervision mit mindestens 250 Behandlungsstunden
 280 Stunden theoretische Ausbildung

3. Nachweise für die Theorie (für Pkt. 2.5 bis 2.10)

- Als Nachweis über 140/280 Stunden Theorie in einem Richtlinienverfahren sind beigelegt:

_____ Stunden / anerkanntes Ausbildungsinstitut: _____

_____ Stunden / Weiterbildungseinrichtung der Ärztekammer: _____

_____ Stunden / Universität / Hochschule: _____

_____ Stunden / andere durch die KBV anerkannte Einrichtungen: _____

Erklärung zur Fachkunde - Seite 3

4. Nachweise für die Praxis (für Tätigkeit nach Pkt. 2.5 bis 2.10)

- Folgende Bescheinigungen im Original oder als amtlich beglaubigt Kopien sind als Nachweis der Fachkunde **in einem Richtlinienverfahren** beigefügt.

(Anzahl)

- _____ verfahrensspezifische Kostenzusagen der GKV/PKV/Beihilfe
_____ bezahlte Rechnungen
_____ ärztliche Notwendigkeitsbescheinigungen für verfahrensspezifische psychotherapeutische Behandlungen
_____ Anträge und Berichte im Verlauf der Psychotherapie
_____ Original - Supervisionsbescheinigungen über entsprechende supervidierte Behandlungen
_____ gutachterliche verfahrensspezifische Stellungnahmen
_____ Nachweis über die Tätigkeit am 24. Juni 1997 für die Krankenkassen oder Vergütung der Leistungen zu diesem Zeitpunkt von einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder Anerkennung als beihilfefähig

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis: Nachweise (z.B. Urkunden, Zertifikate, Bescheinigungen) über die ausgeübte psychotherapeutische Tätigkeit im Übergangsrecht bzw. im Regelsystem sind dieser Erklärung im Original oder als beglaubigte Kopie beizufügen
Eigenbescheinigungen und Pauschalbescheinigungen von Berufsverbänden kommen als Nachweis für die Behandlungstätigkeit im Rahmen des § 12 PsychThG nicht in Betracht.