

Antrag auf Eintragung in das Psychotherapeutenregister der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

Gebühren:

Mit der Antragsstellung wird eine Gebühr fällig (§ 46 Abs. 1 Buchst. a Ärzte-ZV), die hiermit angefordert wird. (Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66. Bitte als Verwendungszweck „Psychotherapeutenregisterantrag“ angeben)

Ich habe die Antragsgebühr von 100 Euro

überwiesen am _____ (der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen!)

Diesem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei: *

- Geburtsurkunde, ggf. Heiratsurkunde/Auszug aus dem Familienbuch
- Diplom / Staatsexamen
- Approbation als Psychologischer Psychotherapeut o. Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut
- (ggf.) Promotion
- Fachkundenachweis gem. § 95c S. 2 Nr. 1 oder 2 SGB V (Nachweis über den erfolgreichen Abschluss der vertieften Ausbildung in einem Richtlinienverfahren)
- Bescheinigungen bzw. Zeugnisse über bisherige Tätigkeiten als Psychologe/Psychotherapeut seit dem Diplom/Staatsexamen
- Falls bereits als Vertragspsychotherapeut zugelassen gewesen, Bescheinigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung

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 Psychotherapeutenregisterstelle mitteilen.

Anmerkung:

Die vorgenannten Unterlagen verbleiben - mit Ausnahme der Originale - bei der hier anzulegenden Registerakte.

Datenschutzerklärung:

Ich habe die Datenschutzerklärung der KV Bremen gelesen und bin damit einverstanden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Familienname															
Titel															
Vornamen															
Geburtsdaten	Geburtstag:														
	Geburtsort:														
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/>							weiblich <input type="checkbox"/>							
Staatsangehörigkeit jetzt	Staat:							seit:							
Wohnort	PLZ							Ort							
Straße, Nr.															
Telefon	Vorwahl-Nr.														
	Ruf-Nr.														
E-Mail															
Homepage															
Telefon	Vorwahl-Nr.														
	Ruf-Nr.														
Diplom/Staatsexamen	am							in							
Approbation	am							durch							
Promotion	am							durch							
Fachkundenachweis	am							als							
Sind Sie bereits in ein Arzt- /Psychotherapeutenregister eingetragen	AR-Stelle							Eintragungs-Nr.							
Eingetragen am															
zur Zeit niedergelassen	seit							als							

Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse? - Bitte nur für Diagnose und Behandlung ausreichende Sprachkenntnisse angeben.	Sprache: _____ (therapiesicher: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein)
	Sprache: _____ (therapiesicher: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein)
	Sprache: _____ (therapiesicher: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein)
	Sprache: _____ (therapiesicher: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein)

Anerkannte Schwerbeschädigung:*)	Erwerbsminderung	Von welcher Stelle anerkannt?
Bestand bereits eine Zulassung nach dem PsychThG?		
ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/>		
Falls ja, vom _____ bis _____	PR-Stelle	
Grund für die Beendigung:		
Ist Ihnen die Approbation zu irgendeiner Zeit entzogen worden? ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/>		
Falls ja, von welcher Stelle: _____		
Für welchen Zeitraum: _____		
Grund: _____		
Hat Ihre Approbation geruht?		ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/>
Falls ja, für welchen Zeitraum?		
Grund:		
Ist Ihnen die Berufsausübung als Psychotherapeut auf Grund gesetzlicher Bestimmungen zu irgendeiner Zeit untersagt worden? ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/>		
Falls ja, von welcher Stelle: _____		
Für welchen Zeitraum: _____		
Grund: _____		
Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Vertragspsychotherapeut niederzulassen?*)		ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/>
Falls ja, voraussichtlich wann:		
wo:		
als:		

*) Beantwortung freiwillig

Tätigkeit nach dem Staatsexamen/Diplom in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge:

von.....bis.....	Ort	Stellung/Tätigkeit	<u>Krankenhaus, Klinik, Amt, Institut</u> Name / Abteilung	

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datenschutz
 Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung über die Führung eines Arztregisters erhoben.
 Das Arztregister wird mittels EDV erstellt. Die Speicherung, Übermittlung und Löschung erfolgt nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften.