

**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? -  <b>Bitte nur für Diagnose und Behandlung ausreichende Sprachkenntnisse angeben.</b>	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, wann: _____		
voraussichtlich wo: _____		
als: _____		

\*) Beantwortung freiwillig

