



ANTRAG

auf Eintragung ins Arztregister des Zulassungsbezirks Berlin
als Psychologischer Psychotherapeut oder
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut



Diesem Antrag füge ich folgende Unterlagen im Original oder als amtlich beglaubigte Abschriften/Fotokopien bei:

- Passbild
- Geburtsurkunde und ggf. Heiratsurkunde
- Staatliche Prüfung (bei Approbation gem. § 2 PsychThG) sonst Diplom
- Approbation als psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Fachkundenachweis gem. § 95 c SGB V
- Promotion
- Bescheinigung bzw. Zeugnisse über die bisherige Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Bescheinigungen bzw. Zeugnisse über die bisherige Tätigkeit als Medizinalassistent, Arzt im Praktikum und Arzt seit dem Staatsexamen. **Aktuelle Arbeitsbescheinigung (Bestätigung des Arbeitgebers über aktuelles Arbeitsverhältnis).**
- Falls bereits niedergelassen oder niedergelassen gewesen, Bescheinigung der zuständigen Ärztekammer über Ort und Dauer.
- Falls bereits als psychologischer Psychotherapeut zugelassen gewesen bzw. am Delegationsverfahren teilgenommen, Bescheinigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.

Anmerkung:

1. Die vorgenannten Unterlagen verbleiben, mit Ausnahme der Originale, bei der hier anzulegenden Registerakte.
2. Für diesen Antrag ist eine Gebühr von € 100,00 zu entrichten (§ 46 Abs. 1a Ärzte-ZV) per Überweisung auf das Konto bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank e.G. Berlin, BLZ 300 606 01, Kontonummer: 000 100 3917.

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



ANTRAG

auf Eintragung ins Arztregister des Zulassungsbezirks Berlin
als Psychologischer Psychotherapeut oder
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut



ERLÄUTERUNGEN

1. Allgemeine Ausfertigungshinweise

Bei handschriftlicher Ausfertigung des Antrages bitten wir Sie, die Ausfüllung nur in eindeutig lesbarer Druckschrift vorzunehmen.

Fragen, die für Sie nicht zutreffen und deshalb nicht beantwortet werden können, bitten wir in dem Beantwortungsraum der betreffenden Zeile mit "entfällt" zu kennzeichnen.

Die zu verschiedenen Fragen vorgegebenen Ziffernfelder bitten wir von links nach rechts auszufüllen. Die Schreibweise des Datums wurde in 6-stelligen Ziffernfelder vorgegeben, und zwar

- 1. Tag = 2 Stellen
- 2. Monat = 2 Stellen
- 3. Jahr = 2 Stellen (von 4-stelliger Jahreszahl die letzten 2 Stellen)

2. Abkürzungen

- AR = Arztregister
- BMV = Bundesmantelvertrag/Ärzte
(Regelt die vertraglichen Beziehungen zur ärztlichen Versorgung der Versicherten der Pflichtkrankenkassen)
- EKV = Arzt/Ersatzkassen-Vertrag
(Regelt die vertraglichen Beziehungen zur ärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen)
- PLZ = Postleitzahl
- Ä-ZV = Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

3. Auszug aus dem Fünften Buches Sozialgesetzbuch

- §95c
Voraussetzung für die Eintragung
von Psychotherapeuten in das Arztregister
Bei Psychotherapeuten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus:
1. die Approbation als Psychotherapeut nach den §§ 2 oder 12 des Psychotherapeutengesetzes und
 2. den Fachkundenachweis.
Der Fachkundenachweis setzt voraus
 1. für den nach § 2 Abs. 1 des Psychotherapeutengesetzes approbierten Psychotherapeuten, dass der Psychotherapeut die vertiefte Ausbildung gem. § 8 Abs. 3 Nr. 1 des Psychotherapeutengesetzes in einem durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 5 anerkannten Behandlungsverfahren erfolgreich abgeschlossen hat;
 2. für den nach § 2 Abs. 2 und Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes approbierten Psychotherapeuten, dass die der Approbation zugrundeliegende Ausbildung und Prüfung in einem durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 6a anerkannten Behandlungsverfahren abgeschlossen wurden;
 3. für den nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes approbierten Psychotherapeuten, dass er die für eine Approbation geforderte Qualifikation, Weiterbildung oder Behandlungsstunden, Behandlungsfälle und die theoretische Ausbildung in einem durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 1 und Satz 2 Nr. 1 anerkannten Behandlungsverfahren nachweist.



ANTRAG

auf Eintragung ins **Arztregister des Zulassungsbezirks Berlin**
als Psychologischer Psychotherapeut oder
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut



4. 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.

Arztregister des Zulassungsbezirks **BERLIN**

001	7	2	AR							
002									Die getönten Felder werden von der Arztregisterstelle ausgefüllt!	
003								ANR		

111	Familiename								
112	Titel								
113	Vornamen								
114	Geburtsdaten	Geburtsort							
115	Geschlecht	männlich	weiblich						
117	Staatsangehörigkeit jetzt	seit							

211	Wohnort	PLZ	Ort						
212	Straße, Nr.								
213	Telefon	Vorwahl-Nr.:	Ruf-Nr.:						
221	Praxis	PLZ	Ort						
222	Straße, Nr.								
223	Telefon	Vorwahl-Nr.:	Ruf-Nr.:						

311	Staatl. Prüfung (b.Appr.gem. §2 PsychThG) oder Diplom	am:							in:
312	Approbation als Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeut	am:							durch:
312.1	Fachkundenachweis gem. § 95 c SGB V	am:							durch:



ANTRAG

auf Eintragung ins Arztregister des Zulassungsbezirks Berlin
als Psychologischer Psychotherapeut oder
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut



313	Promotionen	am: _____ durch: _____ am: _____ durch: _____ am: _____ durch: _____
321 322 323	Anerkennung zum Führen einer Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung der Weiterbildungsordnung	am: _____ als: _____ am: _____ als: _____ am: _____ als: _____

411	Eingetragen	am: _____
412	Sind Sie bereits in ein Arztreg. eingetragen?	AR-Stelle: _____ Eintragungs-Nr.: _____
413	z.Zt. niedergelassen:	seit: _____ als: _____

621 622 623 624 625 626 627 628	Haben Sie die Genehmigung zur Ausübung besonderer ärztlicher Tätigkeiten oder Behandlungsverfahren?	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____
--	---	--

721 722 723 724 725	Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse? Falls ja, welche?	Sprache: _____ Sprache: _____ _____ Sprache: _____ Sprache: _____ Sprache: _____
---------------------------------	--	--

A.	Anerkannte Schwerbeschädigung: *) Erwerbsminderung %	Von welcher Stelle anerkannt?
B.	Ist Ihnen die Approbation zu irgendeiner Zeit entzogen worden?	ja: _____ nein: _____
	Falls ja, von welcher Stelle: _____ für welchen Zeitraum: _____ Grund: _____	
C.	Hat Ihre Approbation geruht?	
	für welchen Zeitraum: _____ Grund: _____	
D.	Ist Ihnen die Berufsausübung als Arzt auf Grund gesetzlicher Bestimmungen zu irgendeiner Zeit untersagt worden?	ja: _____ nein: _____
	Falls ja, von welcher Stelle: _____ für welchen Zeitraum: _____ Grund: _____	
E.	Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und	

