



# ANTRAG

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



€... **100** .....  
Gebühr bezahlt  
Datum:.....

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen im **Original und einseitiger Schwarz-Weiß-Kopie** (Farbkopien werden nicht akzeptiert) oder als amtlich beglaubigte Abschriften/Fotokopien beizufügen:

- Passbild
- Geburtsurkunde
- ggf. Nachweis über Namensänderung (z.B. Heiratsurkunde)
- ggf. Einbürgerungsurkunde und Kopie Personalausweis
- Zeugnis über Studienabschluss (z.B. Diplomurkunde)
- Deutsche Approbation als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Fachkundenachweis gem. § 95 c SGB V:
  - Zeugnis über die Staatliche Prüfung
  - Abschlusszeugnis des Ausbildungsinstituts
- ggf. Nachweis über Titelführung (z.B. Promotionsurkunde)
- Nachweise (z.B. Bescheinigungen, Zeugnisse) über die bisherige berufliche Tätigkeit seit der Abschlussprüfung im Studiengang einschließlich einer aktuellen Arbeitsbescheinigung (nicht älter als 3 Monate).
- Falls bereits in einem anderen KV-Bereich tätig gewesen, Bescheinigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.

Bitte  
Passbild  
hier  
einkleben.

### 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:  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G. Berlin,  
BIC: DAAEDEDXXX,  
IBAN: DE16 3006 0601 0001 0039 17  
Verwendungszweck: Eintragungsgebühr Arztregister
3. Ausländische öffentliche Urkunden, Zeugnisse oder Bescheinigungen, die nicht aus europäischen Mitgliedsstaaten stammen\*, sind, je nach Herkunftsland, mit einer **Apostille oder Legalisation** sowie mit Übersetzungen durch **einen in Deutschland gerichtlich vereidigten Dolmetscher/Übersetzer** einzureichen.

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

Voraussetzungen erfüllt  
Eintragung hat zu erfolgen  
Kassenärztliche Vereinigung

Unterschrift und Stempel

\*sofern keine berechtigten Zweifel an der Echtheit der öffentlichen Urkunde bestehen



# ANTRAG

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



## Arztregister des Zulassungsbezirks

001	7	2	AR	<b>BERLIN</b>			
002							ENR Die getönten Felder werden von der Arztregisterstelle ausgefüllt!
003							ANR

111	Familienname	Geburtsname:				
112	Titel, akademischer / nachgestellter Grad					
113	Vornamen	(ggf. bitte Rufnamen unterstreichen)				
114	Geburtsdaten	Geburtsdatum:		Geburtsort:		
115	Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>			
117	Staatsangehörigkeit jetzt	seit				

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

311	<b>Diplom/Abschlussprüfung</b>	am:	in:		
312	<b>Approbation</b> als Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeut	am:	durch:		
312.1	<b>Fachkundenachweis</b> gem. § 95 c SGB V	am:	durch:		
	<b>Staatl. Prüfung</b>	am:	durch:		
313	Promotionen	am:	durch:		
		am:	durch:		
		am:	durch:		
321	Anerkennung zum	am: _____	als: _____		
322	Führen einer Gebiets-,	am: _____	als: _____		
323	Teilgebiets- oder Zu- satzbezeichnung der Weiterbildungsordnung	am: _____	als: _____		



# ANTRAG

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



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

621	Haben Sie die Genehmigung zur Ausübung besonderer ärztlicher Tätigkeiten oder Behandlungsverfahren?	1.	_____
622		2.	_____
623		3.	_____
624		4.	_____
625		5.	_____
626		6.	_____
627		7.	_____
628		8.	_____
721	Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse? Falls ja, welche?	Sprache: _____	diagnosefähig <input type="checkbox"/>
722		Sprache: _____	diagnosefähig <input type="checkbox"/>
723		Sprache: _____	diagnosefähig <input type="checkbox"/>
724		Sprache: _____	diagnosefähig <input type="checkbox"/>
725		Sprache: _____	diagnosefähig <input type="checkbox"/>

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.	<b>Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut niederzulassen? *)</b>	ja:    nein:
	Falls ja, voraussichtlich wann: _____ wo: _____ als: _____	

\*) Beantwortung freiwillig



# ANTRAG

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



## AUFSTELLUNG

über die bisherige berufliche Tätigkeit in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge seit der Abschlussprüfung im Studiengang

Auch die frühere Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung (Ermächtigung, Zulassung, Anstellung) sowie Zeiten ohne Tätigkeit sind anzugeben!

von – bis	Stellung/Tätigkeit	Krankenhaus, Klinik, Amt, Institut, Dienststelle		
		Name	Abteilung	Ort

### Häufig gestellte Fragen:

Bitte beachten Sie,

- > dass dem Antrag alle Originale und Schwarz-Weiß-Kopien oder beglaubigte Abschriften beizufügen sind
- > dass keine Farbkopien akzeptiert werden
- > dass nur einseitige Kopien akzeptiert werden
- > dass Sie die Gebühr auf Eintragung auch vor Antragsstellung überweisen können
- > dass es vor Ort keine Möglichkeit gibt, die Eintragungsgebühr bar oder mit EC-Karte zu zahlen
- > dass beglaubigte Abschriften in der Registerakte verbleiben



# 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	=	Bundemantelvertrag/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 SGB V Voraussetzung für die Eintragung von Psychotherapeuten in das Arztregister

Bei Psychotherapeuten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus:

1. die Approbation als Psychotherapeut nach § 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 gemäß § 8 Abs. 3 Nr. 1 des Psychotherapeutengesetzes in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a 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 Gemeinsamen Bundesausschuss 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 Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 anerkannten Behandlungsverfahren nachweist.

### 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 und gespeichert.