

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 Jugendlichen-Psychotherapeut
- 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 & vollständiger Name
3. In fremder Sprache verfasste öffentliche Urkunden, Zeugnisse oder Bescheinigungen sind aufgrund der Bedeutung des genauen Wortlautes für die Eintragung grundsätzlich mit einer durch einen in Deutschland öffentlich bestellten oder beeidigten Dolmetscher oder Übersetzer erstellten Übersetzung einzureichen. Wurden diese Unterlagen nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union ausgestellt, sind diese je nach Herkunftsland mit einer Apostille oder Legalisation einzureichen, soweit nicht nach der Verordnung (EU) 2016/1191 eine Befreiung vorgesehen ist.

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

Voraussetzungen erfüllt
Eintragung hat zu erfolgen
Kassenärztliche Vereinigung

€ 100 Gebühr bezahlt
Datum:



ARZTREGISTER DES ZULASSUNGSBEZIRKS

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

111	Familiennamen	Geburtsname:	
112	Titel, akademischer / nachgestellter Grad		
113	Vornamen (ggf. Rufname 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	Ruf-Nr.:	E-Mail:
221	Praxis	PLZ:	Ort:
222	Straße, Nr.		
223	Telefon/ E-Mail	Ruf-Nr.:	E-Mail:
224	Ortskennzahl		

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



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

621	Haben Sie die Genehmigung zur Ausübung besonderer ärztlicher Tätigkeiten oder Behandlungs- verfahren?	1.	
622		2.	
623		3.	
624		4.	
625		5.	
626		6.	
627		7.	
628		8.	
721	Haben Sie Fremd- sprachenkenntnisse? 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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Falls ja, von welcher Stelle: _____		
	Für welchen Zeitraum? _____		
	Grund: _____		
E	Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut niederzulassen? *)		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Falls ja, voraussichtlich wann:		
	wo: _____		
	als: _____		

*) Beantwortung freiwillig

ERLÄUTERUNGEN

1. HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN:

Bitte beachten Sie,

- dass dem Antrag alle Originale und Schwarz-Weiß-Kopien oder amtl. beglaubigte Abschriften beizufügen sind.
- dass amtl. beglaubigte Abschriften in der Registerakte verbleiben.
- dass keine Farbkopien akzeptiert werden.
- dass nur einseitige Kopien akzeptiert werden.
- dass eine Tätigkeit durch folgende Dokumente nachgewiesen werden kann:
 - a) Arbeitszeugnis über den kompletten Tätigkeitszeitraum
 - b) Bescheinigung des Arbeitsgebers über den kompletten Tätigkeitszeitraum
 - c) Arbeitsvertrag und letzter Gehaltsnachweis.
- 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.

2. 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)

3. ABKÜRZUNGEN

- AR = Ärztereister
- 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



4. 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.

5. 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.