

Termine / Seminare

[Zurück](#)

Seminaranmeldung Niederlassungstag für Psychotherapeut:innen

[Chancen - Rahmenbedingungen -](#)

[Konzeption - Strategie](#)

02.04.

Uhrzeit

15.00-20.00 Uhr

(inkl. Pause und Snack)

Ort

KV Berlin, Masurenallee 6A, 14057

Berlin

Zielgruppe

Niederlassungswillige Ärztliche und
Psychologische Psychotherapeut:innen

Referent:innen

Mitarbeiter:innen der KV Berlin,

Mitarbeiter:innen verschiedener

Finanzinstitute, Steuerberater,

Rechtsanwalt

Gebühr kostenfrei

Teilnehmerzahl max. 25

Fortbildungspunkte keine

Materialien zum Seminar

[Seminarbeschreibung](#)

[Allgemeine Seminarinformationen](#)

[Seminarkalender der KV Berlin 2025](#)

Chancen - Rahmenbedingungen - Konzeption - Strategie

Dieses Seminar für niederlassungswillige ärztliche und psychologische Psychotherapeut:innen sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen bietet detaillierte Informationen rund um die Existenzgründung speziell für diese Fachgruppe.

Von den Zulassungsvoraussetzungen über das Ausschreibungsverfahren bis hin zu den fachgruppenspezifischen Besonderheiten wird der komplette Weg in die Niederlassung aufgezeigt.

Themenschwerpunkte:

- Chancen der Freiberuflichkeit
- Gestaltungsspielräume
- Teilnahmeformen an der vertragsärztlichen Versorgung, Arztregistereintrag
- Das Zulassungs- und das Übernahmeverfahren
- BWL-Grundlagen und Steuern, Grundausrüstung für die Niederlassung, Juristische Tipps und Tricks: Kaufrecht, Mietrecht, Arbeitsrecht

Anmeldeformular

Niederlassungstag für Psychotherapeut:innen, 02.04.2025

Anrede *

Frau ▼

Titel

Bitte geben Sie ggf. hier Ihren vollständigen Titel an.

Vorname *

Name *

Fachgebiet *

E-Mail *

Telefon *

[AGB](#)

[Teilnahmebedingungen für das](#)

[Seminarangebot der KV Berlin](#)

Name der Praxis

Praxisadresse Straße und Haus-Nr.

Praxisadresse PLZ

Praxisadresse Ort

BSNR (nur für Mitglieder der KV Berlin anzugeben)

Weitere Teilnehmer:innen

Hier können Sie weitere Teilnehmer:innen anmelden.

Teilnehmer 2: Titel, Vorname, Name

Teilnehmer 3: Titel, Vorname, Name

Teilnehmer 4: Titel, Vorname, Name

Teilnehmer 5: Titel, Vorname, Name

Feedback

Ich stimme der Zusendung von Feedbackbogen per E-Mail nach der Veranstaltung zu. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

AGB *

Ich stimme den AGB Nutzungsbedingungen zu.

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer Daten im Rahmen der Veranstaltung, insbesondere bezogen auf die eventuellen Film- und Fotoaufnahmen finden Sie in den [Datenschutzhinweisen](#).

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer Daten zur Anmeldung finden Sie in den [Datenschutzhinweisen der KV Berlin](#).

HINWEIS

Alle Unterlagen zum Seminar (Seminarbeschreibung, Allgemeine

Seminarinformationen, AGB) können Sie sich unter "Materialien zum Seminar" herunterladen. Bei erfolgreicher Anmeldung erhalten Sie eine Bestätigung mit Ihren Anmeldeinformationen an die hinterlegte E-Mailadresse.

Captcha *



Bitte tippen Sie die angezeigte Buchstabenreihenfolge ein.

Kontakt für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen

[Service-Center der KV Berlin](#)

[FAQ: Hier finden Sie Antworten auf häufig gestellte Fragen](#)

Kontakt für Patient:innen

[Wann hilft die KV Berlin?](#)

[Terminservice:](#)

[Weitere Informationen und Termine](#)

[buchen](#)

Kontakt für Presseanfragen

presse@kvberlin.de



Kassenärztliche Vereinigung
Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

[030 / 31 003-0](tel:030310030)
[030 / 31 003-380](tel:03031003380)
[Kontakt](#)