Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Arztregister
Sundgauallee 27
79114 Freiburg

Absender/Stempel

Arztregister | Telefon 0711 7875-3300 |
arztregister3@kvbawue.de (für Buchstaben A - K) bzw. arztregister4@kvbawue.de (für Buchstaben L - Z)

Antrag

auf Eintragung in das Arztregister als

☐ Psychologischer Psychotherapeut ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Titel _____ Familienname _____

Vorname _____ Rufname _____

Geburtsdatum TTMMJJJJ _____ Geburtsort _____

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Staatsangehörigkeit _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

Telefonnummer privat _____ Telefonnummer geschäftlich _____

E-Mail _____

☐ Ich bin zurzeit in keinem Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung eingetragen.

☐ Ich bin im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung _____ eingetragen*.

* Achtung: In diesem Fall muss kein erneuter gebührenpflichtiger Antrag gestellt werden. Sie können vielmehr mit einem formlosen schriftlichen Antrag in das Arztregister der KVBW umgeschrieben werden.

Die Approbation wurde

○ weder entzogen noch zum Ruhen gebracht.

○ am _____ (TTMMJJJJ) durch _____ (Behörde) entzogen.

○ vom _____ (TTMMJJJJ) bis _____ (TTMMJJJJ) zum Ruhen gebracht. Bitte Bescheid beifügen.

○ vom _____ (TTMMJJJJ) bis _____ (TTMMJJJJ) wurde mir durch

_____ (Behörde – Bitte Urteil beifügen.) die Berufsausübung als Psychotherapeut verboten.

Die für die Eintragung erforderlichen Unterlagen:

☐ Geburtsurkunde

☐ bei Namensänderung die betreffende Urkunde bzw. Auszug aus dem Familienbuch

☐ Nachweis über den Studienabschluss (Diplom, Bachelor, Master etc.)

☐ bei einem ausländischen Studienabschluss Vorlage einer Gleichwertigkeitsfeststellung des Dekans einer deutschen Fakultät oder eines deutschen Kultusministeriums

☐ Zeugnis über die Staatliche Prüfung

☐ ggf. die der Approbation vorausgegangenen Erlaubnisbescheide gemäß § 4 Psychotherapeutengesetz (PsychThG)

☐ Approbationsurkunde als Psychologischer Psychotherapeut oder/und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (in beglaubigter Form nicht älter als einen Monat)

☐ ggf. Promotions- oder Genehmigungsurkunde zum Führen eines anderen erworbenen akademischen Grades

☐ lückenlose Nachweise (z. B. Zeugnisse, Bescheinigungen) über die ausgeübte psychotherapeutische Tätigkeit

☐ aktueller Nachweis (Zeugnis oder Bescheinigung) über die derzeitige Tätigkeit (nicht älter als 3 Monate)

☐ ggf. ergänzend beglaubigte Übersetzung fremdsprachiger Urkunden (falls Nachweise nicht in deutscher Sprache ausgestellt, bitte zusätzlich beglaubigte Übersetzungen eines staatl. anerkannten Übersetzers vorlegen)

sind im **Original** oder **in amtlich beglaubigter Kopie** beigefügt.
Über Art und Umfang der über mich geführten Arztregisterdaten erhalte ich eine entsprechende Mitteilung.

Bei Antragstellung ist gemäß § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV eine Gebühr in Höhe von € 100,00 zu entrichten. Bitte überweisen Sie diese vor Einreichung des Antrags auf folgendes Konto:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE96 3006 0601 0005 1334 16
BIC: DAAEDEDDXXX
Verwendungszweck: Arztregister Freiburg + Name, Vorname

Die Gebühr wurde am _____ (TTMMJJJJ) überwiesen.

Aufstellung über die psychotherapeutische Tätigkeit seit der staatlichen Prüfung in lückenloser zeitlicher Reihenfolge bis zum Tag der Antragstellung.

Auch die psychotherapeutische Tätigkeit bei der Bundeswehr, längere Vertretungen sowie frühere Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung (Zulassung, Beteiligung, Ermächtigung) sind anzugeben!

Zeitraum (TTMMJJJJ)	**Stellung/ Tätigkeit**	**Krankenhaus, Klinik, Amt, Institut, Dienststelle**		
		Name	**Ort**	**Abteilung**
von bis				
von bis				
von bis				
von bis				
von bis				
von bis				

Zeitraum (TTMMJJJJ)	Stellung/ Tätigkeit	Krankenhaus, Klinik, Amt, Institut, Dienststelle		
		Name	Ort	Abteilung
von bis				
von bis				
von bis				
von bis				
von bis				

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass diese Angaben über die psychotherapeutische Tätigkeit vollständig und abschließend sind.

Ich versichere, dass die von mir im Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Arztregisterstelle mitteilen.

Ort und Datum

Unterschrift