

Antrag auf Zulassung als Psychologische/r Psychotherapeut/in bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in

Name: _____

Vorname: _____

Wohnanschrift: _____

Hiermit beantrage ich die Zulassung als

Psychologische/r Psychotherapeut/in

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in

Zulassung beantragt zum _____ voller Versorgungsauftrag
_____ hälftiger Versorgungsauftrag

Ort der Niederlassung _____

ggf. Praxisanschrift _____

Die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit ist beabsichtigt
als Einzelpraxis
als Praxisgemeinschaft
als Berufsausübungsgemeinschaft

Sprechzeiten: _____

Entfernung zwischen Wohnsitz und Praxis: _____

Ich bin bereit, an der Versorgung der Pflicht- und Ersatzkassenmitglieder teilzunehmen sowie die Verträge in ihrer jeweils geltenden Fassung und die Durchführung erlassener Bestimmungen als für verbindlich anzuerkennen.

Ich bin damit einverstanden, dass andere Bewerber für diesen Praxissitz von meinem Vorhaben in Kenntnis gesetzt werden und auch in diesem Zusammenhang mein Name und meine Anschrift bekannt gegeben wird.

Ort; Datum : _____ Stempel/Unterschrift. _____

Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 d Ärzte-ZV

Hiermit erkläre ich, da ich zum Zeitpunkt der Bewerbung um die Zulassung als

für den Niederlassungsort _____

in keinem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis /

in folgendem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe:

Die Beendigung dieses/dieser Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse(s)

? ist frühestens zummöglich

? bleibt bestehen mit einem Stundenumfang von pro Woche

Mir ist bekannt, dass beabsichtigte Nebentätigkeiten anzeigepflichtig und entsprechende Vereinbarungen der KVMV vorzulegen sind.

Name

Wohnort

Datum

Unterschrift

nicht Zutreffendes bitte streichen)

Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 e Ärzte-ZV

Hiermit erkläre ich, daß ich nicht rauschgiftsüchtig bin und es innerhalb der letzten fünf Jahre auch nicht gewesen bin, daß ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen habe und daß bei mir keine gesetzlichen Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes entgegenstehen.

Des weiteren erkläre ich, daß gegen mich kein Strafverfahren bzw. Ermittlungsverfahren anhängig ist, daß ich keine Versorgungsrente beziehe und keine Bezüge wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit erhalte

Name, Vorname

Wohnort

Datum

Unterschrift

Dem Antrag auf Zulassung beizufügende Unterlagen

- Antrag auf Zulassung (beiliegendes Antragsformular)
- Nachweis über die Eintragung in ein Arztregister (aktueller Arztregisterauszug)
- Erklärungen gemäß § 18 Abs. 2 d und e Ärzte-ZV
- Lebenslauf incl. beruflicher Werdegang
- Behördenführungszeugnis im Original (nicht älter als ½ Jahr)
- Bescheinigungen über die seit der Arztregistereintragung ausgeübten ärztlichen/ psychotherapeutischen Tätigkeiten (in Form von Zeugnissen, Beurteilungen, Arbeitsverträgen, amtlich beglaubigt)
- ggf. Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich Sie bisher niedergelassen waren, aus denen sich der Ort und die Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung der Grund einer etwaigen Beendigung ergaben
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr (Kopie des Einzahlungsbeleges)

Für den Antrag auf Zulassung wird nach § 46 Abs. 1 b Ärzte-ZV eine Gebühr von **100,- Euro** erhoben, die mit der Antragstellung fällig wird. Diese Gebühr ist auf folgendes Konto einzuzahlen:

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank Schwerin

BLZ: 300 606 01

Kontonummer: 0003053393

cod. Zahlungsgrund: 740001