

Die Approbation wurde

- weder entzogen noch zum Ruhen gebracht.
- am durch _____ Behörde _____ entzogen.
- vom bis zum Ruhen gebracht.
Bitte Bescheid beifügen.
- vom bis wurde mir durch _____
_____ die Berufsausübung als Psychotherapeut verboten.
Behörde – Bitte Urteil beifügen.

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: DAAEDEDXXX

Verwendungszweck: Arztregister Freiburg + Name, Vorname

Die Gebühr wurde am 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				

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