Antrag auf Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut im Rahmen des Jobsharing

Wichtiger Hinweis!
Bitte vor Ausdruck des Formulars den zuständigen Regierungsbezirk auswählen (Ort des Praxissitzes).

- ☐ Regierungsbezirk Stuttgart
- ☐ Regierungsbezirk Karlsruhe
- ☐ Regierungsbezirk Freiburg
- ☐ Regierungsbezirk Tübingen

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: _____ Titel: _____

LANR: _____

Privatadresse:

Straße, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Optionale Angaben:

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Email: _____ Fax: _____

die Zulassung im Rahmen des Jobsharing als

☐ Psychologischer Psychotherapeut ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

im Richtlinienverfahren

- ☐ Verhaltenstherapie
- ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ☐ Analytische Psychotherapie
- ☐ Systemische Therapie

für den Vertragsarztsitz in

PLZ: _____ Ort: _____ Ortsteil: _____

Straße, Nr.: _____

Telefon: _____ Fax: _____

im Landkreis/Stadtkreis: _____

mit Wirkung jeweils zum Quartalsanfang:

☐ 01.01.20__ ☐ 01.04.20__ ☐ 01.07.20__ ☐ 01.10.20__.

_____ _____
(Ort und Datum) (Unterschrift)

Stand 10/22

Ich bin im Arztregister bei der Kassenärztlichen Vereinigung _____
in _____ unter der Eintragungs-Nr. _____ am _____
eingetragen.

Eine Eintragung wurde bei der Kassenärztlichen Vereinigung _____
in _____ beantragt.

Eine Zulassung für den Vertragsarztsitz _____ besteht bis zum _____.

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:
(Anstelle von Originalen können amtlich beglaubigte Abschriften oder amtlich beglaubigte Fotokopien beigefügt werden.)

☐ Auszug aus dem Arztregister

☐ Bescheinigungen über die bisher ausgeübten psychotherapeutischen Tätigkeiten seit der Approbation (lückenlose Aufstellung siehe nachfolgende Tabelle)

☐ unterzeichneter Lebenslauf

☐ polizeiliches Führungszeugnis (Belegarten N oder O)

☐ Eine Erklärung über zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit unter Angabe des zeitlichen Umfangs sowie ggf. Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses (siehe Anlage 1).

☐ Eine Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich ich bisher niedergelassen oder zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit zugelassen war. Aus ihr müssen Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung sowie der Grund einer etwaigen Beendigung ersichtlich sein.

☐ Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt (siehe Anlage 2)

Lückenlose Aufstellung der psychotherapeutischen Tätigkeiten seit der Approbation in zeitlicher Reihenfolge:

von	**bis**	**in welcher Stellung (z. B. Vertreter, angestellter Psychotherapeut)**	**Einrichtung (z. B. Krankenhaus), Ort**	**Tätigkeitsumfang in Wochenstunden**

Erklärungen:

1. Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht gewesen bin. Innerhalb der letzten fünf Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Bei mir bestehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe für die Ausübung des psychotherapeutischen Berufes.

2. Ich erkläre, dass ich spätestens drei Monate nach Unanfechtbarkeit des Zulassungsbeschlusses ein ggf. bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit beendet habe. Soll ggf. ein Anstellungsverhältnis nach Ablauf der drei Monate weiterhin bestehen bleiben, dann muss ich dieses durch umgehende Vorlage einer Bescheinigung des Arbeitgebers dem Zulassungsausschuss für Ärzte anzeigen.

_____ _____

(Ort und Datum) (Unterschrift)

Wir beantragen die Genehmigung zur Führung einer Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft mit Wirkung jeweils zum Quartalsanfang:

☐ 01.01.20__ ☐ 01.04.20__ ☐ 01.07.20__ ☐ 01.10.20__.

in der Rechtsform der ☐ Partnerschaftsgesellschaft
☐ Gesellschaft bürgerlichen Rechts.

☐ ggf. Praxisnamen* _____

Nachname, Vorname, Praxisadresse	Approbation	Richtlinienverfahren	LANR
1.			
2.			
3.			

Der in die Praxis eintretende Jobsharingpartner soll in der Berufsausübungsgemeinschaft folgendem Psychotherapeuten zugeordnet werden:

Name, Vorname: _____.

Dem Antrag auf Genehmigung einer Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft liegt der Gesellschaftsvertrag im Original oder in amtlich beglaubigter Form bei.

_____ _____
(Ort und Datum) (Unterschrift)

_____ _____
(Ort und Datum) (Unterschrift)

_____ _____
(Ort und Datum) (Unterschrift)

Hinweis:

Für diesen Antrag wird für die Zulassung eine Gebühr in Höhe von EUR 100,00 und für die Berufsausübungsgemeinschaft eine Gebühr in Höhe von EUR 120,00 fällig. Mit der Antragsbestätigung werden wir Ihnen Buchungsnummern mitteilen. Bitte überweisen Sie die Gebühren nur unter Angabe dieser Buchungsnummern.

Bitte beachten Sie, dass die Erbringung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen einer zusätzlichen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg bedürfen.

www.kvbawue.de/genehmigungspflichtige-leistungen/

Anlage 1

Erklärung zu Beschäftigungsverhältnissen

_____
(Name, Vorname)

LANR: _____

Ich erkläre hiermit, dass zum Zeitpunkt meiner jetzigen Antragstellung

☐ keine Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse irgendwelcher Art bestehen.

☐ folgende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse bestehen:

_____
(Art der Tätigkeit)

_____
(Dienststelle usw.)

_____
(Art des Beschäftigungsverhältnisses)

☐ Vollzeitstelle

☐ Teilzeitstelle

mit _____ Wochenstunden.

Ich bin bereit, das Beschäftigungsverhältnis

☐ aufzugeben, und zwar zum _____

☐ zu reduzieren, und zwar auf _____Wochenstunden ab

☐ nicht aufzugeben.

_____ _____
(Datum) (Unterschrift)

Anlage 2

Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 VVG i.V.m. § 95e SGB V über das Bestehen eines Berufshaftpflichtversicherungsschutzes für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in Einzelpraxis ohne angestellte Ärzte/ Psychotherapeuten sowie in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ohne angestellte Ärzte/ Psychotherapeuten

Name und Sitz des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten[1] _____

_____

Name und Sitz der BAG (falls zutreffend): _____

Versicherungsschein-Nr. _____

Versicherungsunternehmen: _____

Hiermit bestätigen wir, dass bei uns für den Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten eine § 95e Abs. 2 SGB V entsprechende Pflichtversicherung gegen die sich aus der Berufsausübung als Vertragsarzt bzw. als Vertragspsychotherapeuten ergebenden Haftpflichtgefahren besteht.

Die Versicherungssumme[2] beträgt (bei BAG: je Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut)[3] EUR _____[4] für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen für alle innerhalb eines Jahres (bei BAG: je Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut) verursachten Schäden sind nicht weiter als nach § 95e SGB V zulässig begrenzt.

_____
Ort, Datum

_____
(Faksimilierte) Unterschrift des Versicherungsunternehmens

[1] Da in einer BAG ohne angestellte Ärzte die Versicherungspflicht nach § 95e Abs. 2 SGB V für jeden einzelnen Vertragsarzt gilt, ist grundsätzlich für jeden Vertragsarzt der BAG eine Bescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG auszustellen. Wenn nur eine Bescheinigung für sämtliche in der Berufsausübungsgemeinschaft tätigen Vertragsärzte ausgestellt werden soll, muss bestätigt werden, dass die Berufshaftpflichtversicherung je Vertragsarzt den Anforderungen des § 95 Abs. 2 SGB V entspricht.

[2] Die Mindestversicherungssumme muss nach § 95e Abs. 2 SGB V (bei Berufsausübungsgemeinschaften ohne angestellte Ärzte je Vertragsarzt) mindestens drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall betragen. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

[3] Mit dem Klammerzusatz werden beide Fälle der möglichen Vertragskonstellation bei einer BAG erfasst (gemeinsamer Versicherungsvertrag für alle darin tätige Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten und Einzelverträge für die der darin tätigen Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten)

[4] Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.