

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Stuttgart
Arztregister
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Absender/Stempel

Arztregister | Telefon 0711 7875-3300 | E-Mail: arztregister@kvbawue.de

Antrag

auf Eintragung in das Arztregister als

☐ Psychologischer Psychotherapeut ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Titel

Familiename

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
_____ 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** beigelegt.

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 Stuttgart + 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				

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