

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

**Absender/Stempel**

Arztregister | Telefon 0761 884-4010 | [arztregister.freiburg@kvbawue.de](mailto:arztregister.freiburg@kvbawue.de)

# Antrag

## auf Eintragung in das Arztregister als

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)

\_\_\_\_\_

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.

## Die Approbation wurde

weder entzogen noch zum Ruhen gebracht.

am 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

 durch \_\_\_\_\_ Behörde \_\_\_\_\_ entzogen.

vom 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

 bis 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

 zum Ruhen gebracht.  
Bitte Bescheid beifügen.

vom 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

 bis 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

 wurde mir durch \_\_\_\_\_ die Berufsausübung als Psychotherapeut/in 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 Psychologische(r) Psychotherapeut(in) oder/und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)
- 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** beigelegt.

Über Art und Umfang der über mich geführten Arztregisterdaten erhalte ich eine entsprechende Mitteilung.

**Mit der Antragstellung ist eine Gebühr von 100 Euro zu entrichten. Diese bitten wir auf das folgende Konto zu überweisen:**

- **Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG**  
**IBAN: DE96 3006 0601 0005 1334 16**  
**BIC: DAAEEDDXXX**  
**Verwendungszweck „Arztregister Freiburg“**

**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