

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung  
Team Sicherstellungsverfahren  
Sundgaullee 27  
79114 Freiburg

**Absender/Stempel**

Team Sicherstellungsverfahren | [weiterbildung@kvbawue.de](mailto:weiterbildung@kvbawue.de)

# Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Psychotherapeuten in Ausbildung

aufgrund der derzeit geltenden Richtlinien der KV Baden-Württemberg

## !!Hinweise zur Bearbeitung!!

Bitte speichern Sie sich diesen Antrag auf Ihrem Computer ab und füllen ihn anschließend am Computer aus.

Um eine Bearbeitung seitens der KVBW gewährleisten zu können und diese nicht zu verzögern, bitten wir Sie darum, den Antrag vollständig auszufüllen und alle erforderlichen Unterlagen dem Antrag beizufügen.

Bitte reichen Sie den unterschriebenen und eingescannten **Antrag** und die dazugehörigen Anlagen per **E-Mail** an [weiterbildung@kvbawue.de](mailto:weiterbildung@kvbawue.de) ODER **per Post** ein. Sehen Sie bitte von doppelten Übermittlungen ab. Diese können zu Verzögerungen bei der Bearbeitung führen.

Bitte beachten Sie auch, dass eine rückwirkende Genehmigungserteilung nicht möglich ist.

## Checkliste

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Bescheinigung der Ausbildungsstätte über den Beginn der Ausbildung des Psychotherapeuten in Ausbildung und dessen Ausbildungsstand (in Kopie)
- Kooperationsvereinbarung zwischen Ausbildungsstätte und Antragsteller oder eine Bescheinigung der Ausbildungsstätte über das Vorliegen einer Kooperationsvereinbarung mit dem Antragsteller (in Kopie)

# Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Psychotherapeuten in Ausbildung

Hiermit beantrage ich die **Genehmigung zur Beschäftigung eines in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten befindlichen Psychotherapeuten in Ausbildung.**

## Antragsteller und Anschrift der Praxis oder des MVZ

LANR des Antragstellers oder des ärztlichen Leiters des MVZ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR (Arzt-Nr.)

Titel

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Facharztbezeichnung

Telefonnummer des Antragsstellers für Rückfragen:

Telefonnummer

## Psychotherapeut / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, dem der Psychotherapeut in Ausbildung zugeordnet wird:

dem Antragsteller persönlich

folgendem beim Antragsteller tätigen Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten:

LANR des Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, dem zugeordnet wird

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR

Titel

Name

Vorname

## Psychotherapeut in Ausbildung

Titel

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TTMMJJJJ

Geburtsort

für die Zeit von

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TTMMJJJJ

bis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TTMMJJJJ

Rückwirkende Genehmigungen sind ausgeschlossen. Maßgeblich ist das Eingangsdatum des vollständigen Antrages bei der KVBW.

ganztags

halbtags

\_\_\_\_\_ Stunden/Woche

**während der praktischen Ausbildung als Psychotherapeut in Ausbildung im Bereich gemäß § 4 PsychTh-APrV bzw. § 4 KJPsychTh-APrV:**

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Erwachsenen
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen
- Analytische Psychotherapie bei Erwachsenen
- Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen
- Verhaltenstherapie bei Erwachsenen
- Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen
- Systemische Therapie bei Erwachsenen

**während der praktischen Tätigkeit als Psychotherapeut in Ausbildung gemäß § 8 PsychThG, § 2 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für PsychTh-APrV bzw. KJPsychTh-APrV**

**Hinweis:**

Die Assistentengenehmigung kann nur für dasjenige Verfahren, nach den Psychotherapie-Richtlinien erteilt werden, für welches der Psychotherapeut auch über eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung verfügt.

Die Tätigkeit darf allein dem Zweck der Ausbildung und nicht zu meiner persönlichen Entlastung oder Praxisvergrößerung dienen. Ein vorzeitiges Ausscheiden des Psychotherapeuten in Ausbildung ist der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unverzüglich mitzuteilen.

---

Ort, Datum

---

Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers/Ärztlichen Leiters

**Datenschutzhinweis für den Ausbildungsassistenten:**

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person erhebt, speichert und entsprechend ihres gesetzlichen Auftrags verarbeitet.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Assistenten