

Zulassungsausschuss für Ärzte
bei der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
PF 2019
99401 Weimar

ANTRAG
auf Ermächtigung zur vertragsärztlichen Tätigkeit nach §§ 31 bzw. 31a Ärzte-ZV für
ärztliche Psychotherapeuten (überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte),
Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Antragstellende

Geschlecht: männlich weiblich divers

.....
Titel, Name Vorname

.....
Geburtsdatum Geburtsort

.....
Staatsangehörigkeit

.....
Privatanschrift (Straße, Nr.) Telefon

.....
PLZ, Ort

.....
zurzeit tätig als

.....
Anschrift des Haupttätigkeitsortes (Straße, Nr.) Telefon

.....
PLZ, Ort

.....
Berufs-/Gebietsbezeichnung

.....
Teilgebiets-/Zusatzbezeichnung

Anerkanntes Behandlungsverfahren:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Verhaltenstherapie | <input type="radio"/> tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie |
| <input type="radio"/> Psychoanalyse | <input type="radio"/> Systemische Therapie |

Beantragte Ermächtigung zur vertragsärztlichen Tätigkeit

Welche einzelnen Leistungen möchten Sie i. R. Ihrer Ermächtigung persönlich erbringen (Wortlaut)?

.....
.....
.....
.....

Welche Gebührenordnungspositionen des EBM werden konkret für die Ermächtigung beantragt?

.....
.....
.....

Der ermächtigte Arzt/Psychotherapeut kann auf Überweisung in Anspruch genommen werden.
Bitte grenzen Sie nachfolgend den Überweiserkreis ein.

.....

Begründung des Antrages

.....
.....
.....

Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen bei:
(anstelle von Originalen können amtlich beglaubigte Kopien bzw. Abschriften beigefügt werden)

- Approbationsurkunde,
- Promotionsurkunde,
- Urkunden über abgeschlossene Weiterbildung,
- Nachweis der erforderlichen Fachkundevoraussetzungen gem. der Psychotherapie-Vereinbarung
- Geburtsurkunde
- Zustimmungserklärung Ihres Dienstherrn, dass Sie neben Ihrer hauptamtlichen Anstellung i.R. einer Ermächtigung ambulant ärztlich tätig sein können
- Versicherungsbescheinigung hinsichtlich des ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz

Bemerkung des Antragstellers/der Antragstellerin

.....
.....

Erklärung:

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht drogen- und alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre war. Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Außerdem erkläre ich, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren im Zusammenhang mit der Ausübung meiner ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeit sowie kein Verfahren über die auch vorläufige Entziehung, das Ruhen der Approbation gegen mich anhängig ist bzw. war.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Ich erkläre, dass ich ab der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich im Rahmen des Ermächtigungsumfanges zur Verfügung stehe.

Ich gebe hiermit meine Einwilligung, dass meine Daten zur Tätigkeit und der Ermächtigungskatalog im Internetauftritt der KV Thüringen unter [Amtliche Bekanntmachungen](#) veröffentlicht werden; zur Information der Vertragsärzte erfolgt dies im Mitgliederportal KVTOP. Die Einwilligung kann jederzeit bei der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar, widerrufen werden.

ja

nein

Mir ist bekannt, dass ich genehmigungspflichtige Leistungen nach § 135 SGB V nur erbringen kann, wenn die Voraussetzungen durch mich nachgewiesen wurden und eine entsprechende Genehmigung durch die KV Thüringen erteilt wurde.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Hinweise:

Nach § 95d SGB V gilt die **Pflicht zur fachärztlichen Fortbildung** ebenfalls für ermächtigte Ärzte/Psychologische Psychotherapeuten. Der Arzt/Psychologische Psychotherapeut hat alle fünf Jahre gegenüber der KV Thüringen den Nachweis zu erbringen, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nachgekommen ist. Der Datenaustausch erfolgt zwischen Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers