



Antrag zur Eintragung in das Arztregister für Psychotherapeuten

Arztregister-Nr.

Eintragungs-Nr.

eingetragen am

(wird von der Arztregisterstelle ausgefüllt)

1. Allgemeine Angaben – Antragsteller

Titel	<input type="text"/>	Datum der med. Promotion:	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>		
Geburtstag	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich		
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>		
<input type="text"/>			
<i>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Hauptwohnsitzes</i>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>		

2. Rechtsgrundlage der Eintragung

Hochschulabschluss	<input type="text"/>	in	<input type="text"/>
	<i>Datum des Abschlusses</i>		
Approbation	<input type="text"/>	in	<input type="text"/>
	<i>Datum der Approbation</i>		
durch:	<input type="text"/>		

3. Anerkennungen des Fachkundennachweises

Datum Anerkennung	Richtlinienverfahren
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Zeitliche Reihenfolge bis zur Antragstellung

4.1. Ausbildung nach Abschluss der Hochschulausbildung

von – bis	<input type="text"/>	Tätigkeit	<input type="text"/>
in/im	<input type="text"/>		
<i>Name d. Einrichtung/Institut/Dienststelle, Abteilung, Ort</i>			

von – bis	<input type="text"/>	Tätigkeit	<input type="text"/>
in/im	<input type="text"/>		
<i>Name d. Einrichtung/Institut/Dienststelle, Abteilung, Ort</i>			
von – bis	<input type="text"/>	Tätigkeit	<input type="text"/>
in/im	<input type="text"/>		
<i>Name d. Einrichtung/Institut/Dienststelle, Abteilung, Ort</i>			
von – bis	<input type="text"/>	Tätigkeit	<input type="text"/>
in/im	<input type="text"/>		
<i>Name d. Einrichtung/Institut/Dienststelle, Abteilung, Ort</i>			
von – bis	<input type="text"/>	Tätigkeit	<input type="text"/>
in/im	<input type="text"/>		
<i>Name d. Einrichtung/Institut/Dienststelle, Abteilung, Ort</i>			

weitere Angaben ggf. als Anlage beifügen

4.2. Tätigkeit nach der Approbation

von – bis	<input type="text"/>	Tätigkeit	<input type="text"/>
in/im	<input type="text"/>		
<i>Name d. Einrichtung/Institut/Dienststelle, Abteilung, Ort</i>			
von – bis	<input type="text"/>	Tätigkeit	<input type="text"/>
in/im	<input type="text"/>		
<i>Name d. Einrichtung/Institut/Dienststelle, Abteilung, Ort</i>			
von – bis	<input type="text"/>	Tätigkeit	<input type="text"/>
in/im	<input type="text"/>		
<i>Name d. Einrichtung/Institut/Dienststelle, Abteilung, Ort</i>			
von – bis	<input type="text"/>	Tätigkeit	<input type="text"/>
in/im	<input type="text"/>		
<i>Name d. Einrichtung/Institut/Dienststelle, Abteilung, Ort</i>			
von – bis	<input type="text"/>	Tätigkeit	<input type="text"/>
in/im	<input type="text"/>		
<i>Name d. Einrichtung/Institut/Dienststelle, Abteilung, Ort</i>			

weitere Angaben ggf. als Anlage beifügen

5. Fachspezifische Fremdsprachenkenntnisse

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum


Unterschrift des Antragstellers

Checkliste (Bitte zutreffendes ankreuzen) gekennzeichnet mit

	beigefügt
• Antrag zur Eintragung in das Arztregister (beiliegendes Formblatt)	<input type="radio"/>
• Geburtsurkunde	<input type="radio"/>
• Zeugnis über den Hochschulabschluss	<input type="radio"/>
• Approbationsurkunde	<input type="radio"/>
• Diplom- oder Promotionsurkunde sowie weitere Titel, wenn vorhanden	<input type="radio"/>
• Fachkundenachweis gemäß § 95 c SGB V	<input type="radio"/>
• Lückenlose Nachweise über die seit der Hochschulausbildung ausgeübten Tätigkeiten (z.B. Arbeitsverträge, Änderungsverträge, Zeugnisse; ggf. Erklärung über Zeiträume nicht psychotherapeutischer Tätigkeit)	<input type="radio"/>

Gemäß § 4 Abs. 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte sind die zur Arztregistereintragung notwendigen Urkunden in **amtlich beglaubigter Form** durch eine **siegelführende Stelle** einzureichen.

Für die Antragstellung ist eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV in Höhe von 100 Euro zu entrichten. Diese wird Ihnen durch den Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern gesondert in Rechnung gestellt. Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe von Rechnungsnummer und Verwendungszweck. Beachten Sie bitte, dass eine Antragsbearbeitung erst nach Einzahlung der Gebühr erfolgt.

Sollten Sie die Urkunden im Original einreichen, teilen wir Ihnen mit, dass für Beglaubigungen entsprechend der Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern ab 1. Mai 2006 auf der Grundlage der Satzung § 3 (5) **5 Euro** Gebühren erhoben werden.