



**BITTE VERGESSEN SIE NICHT,  
IHREN ANTRAG AUF SEITE 5  
ZU UNTERSCHREIBEN**

## Antrag auf Eintragung in das Arztregister für Psychotherapeuten des Zulassungsbezirks Hessen

### Hinweis:

Für eine Antragstellung **muss** Ihr Wohnort in Hessen sein!

Sofern Sie bereits in einem Arztregister für Psychotherapeuten einer Kassenärztlichen Vereinigung eingetragen sind, ist eine erneute Antragstellung zur Eintragung in das Arztregister für Psychotherapeuten nicht erforderlich!

### Sie haben einen zeitnahen Zulassungsausschusstermin (ZA)

ja \_\_\_\_\_ Termin/Ort

### Angaben zur Person

\_\_\_\_\_  
Lebenslange Arztnummer (LANR - falls vorhanden)

\_\_\_\_\_  
akademischer Grad/Titel

\_\_\_\_\_  
Vorname(n)

\_\_\_\_\_  
Rufname

\_\_\_\_\_  
Familiename

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
(aktuelle) Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
seit dem

Geschlecht

männlich

weiblich

divers

### Wohnort in Hessen / Kontaktdaten

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Telefax

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail

## Angaben zur Aus- und Weiterbildung

- **Diplom / Master / Hochschulabschluss**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort

- **Promotion**

\_\_\_\_\_  
Datum

- **Approbation als Psychologische/r Psychotherapeut/in**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
durch (Ausstellungsbehörde)

- **Approbation als Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/in**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
durch (Ausstellungsbehörde)

- **Vertiefte Ausbildung in:**

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie

- **Approbation als Psychotherapeut/in (PsychThG ab 01.09.2020)**

\_\_\_\_\_  
Datum

- **Fachpsychotherapeut / Zusatzbezeichnung**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung

- **Fremdsprachenkenntnisse (Kenntnisse ausreichend für Behandlung)**

\_\_\_\_\_  
Sprache

\_\_\_\_\_  
Sprache

\_\_\_\_\_  
Sprache

## Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung

- Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Therapeut/in niederzulassen?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja: Ort / Niederlassung als...

\_\_\_\_\_  
Falls ja: Zeitpunkt

- Sind Sie bereits in einem Arztregister für Psychotherapeuten eingetragen?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja: KV/Registerstelle

\_\_\_\_\_  
Eintragungsnummer

- Haben Sie bereits früher an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilgenommen oder nehmen Sie derzeit an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teil?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Falls ja: In welchem KV-Bereich?

als zugelassene/r Psychotherapeut/-in

\_\_\_\_\_  
von

\_\_\_\_\_  
bis

als ermächtigte/r Psychotherapeut/-in

\_\_\_\_\_  
von

\_\_\_\_\_  
bis

als angestellte/r Psychotherapeut/-in

\_\_\_\_\_  
von

\_\_\_\_\_  
bis

## Angaben zur Approbation

- Ist Ihnen die Approbation zu irgendeinem Zeitpunkt entzogen worden?

ja  nein \_\_\_\_\_  
Falls ja, von bis durch welche Stelle?

- Hat Ihre Approbation zu irgendeiner Zeit geruht?

ja  nein \_\_\_\_\_  
Falls ja, von bis durch welche Stelle?

- Ist Ihnen zu irgendeiner Zeit die Berufsausübung als Psychotherapeut/in untersagt worden?

ja  nein \_\_\_\_\_  
Falls ja, von bis durch welche Stelle?

## Aufstellung über die bisherige Tätigkeit - seit dem Hochschulabschluss (Diplom) bis dato

Anzugeben sind alle psychotherapeutischen Tätigkeiten (einschließlich Ausbildungszeiten sowie frühere vertragspsychotherapeutische Tätigkeiten) in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge. Bitte führen Sie auch Zeiten **nichtpsychotherapeutischer** Tätigkeit (z. B. Arbeitslosigkeit, Elternzeit, etc.) mit auf! Alle **psychotherapeutischen** Tätigkeiten bitte mit beigefügten Zeugnissen/Bescheinigungen belegen.

| von | bis | Krankenhaus / Klinik / Institut | Ort |
|-----|-----|---------------------------------|-----|
|     |     |                                 |     |
|     |     |                                 |     |
|     |     |                                 |     |
|     |     |                                 |     |
|     |     |                                 |     |
|     |     |                                 |     |
|     |     |                                 |     |
|     |     |                                 |     |
|     |     |                                 |     |
|     |     |                                 |     |
|     |     |                                 |     |
|     |     |                                 |     |
|     |     |                                 |     |
|     |     |                                 |     |
|     |     |                                 |     |

## Dem Antrag sind folgende Unterlagen im Original beizufügen;

Ausnahmsweise können auch amtlich beglaubigte Abschriften akzeptiert werden:

(Original oder amtlich beglaubigte Abschriften/Fotokopien sowie Übersetzungen: siehe Erläuterungen Punkt 3. Seite 6):

- Geburtsurkunde** (begl. Abschrift aus dem Familienbuch)
- Urkunde** aus der die **Namensänderung** hervorgeht (als Einzelurkunde oder als Heiratsurkunde mit dem Zusatz über die geänderte Namensführung)
- Diplom / Master / Hochschulabschluss**
- Approbation als Psychologische/r Psychotherapeut/-in / Kinder- und Jugendlichen - Psychotherapeut/-in, Fachpsychotherapeut** (gemäß § 4.2 Zulassungsverordnung Ärzte (Ärzte-ZV) in Verbindung mit § 95 c SGB V)
- Zeugnis** über die **staatliche Prüfung**
- Fachpsychotherapeuten Urkunde**
- ggf. Zusatzbezeichnung
- Promotionsurkunde
- Bescheinigungen bzw. Zeugnisse über die bisherige nicht selbstständige psychotherapeutische Tätigkeit nach bestandener Hochschulprüfung  
(Aus den Bescheinigungen bzw. Zeugnissen wird der Beschäftigungszeitraum entnommen. Hier bitten wir darauf zu achten, dass die genauen Zeiträume in den Zeugnissen angegeben sind. Bescheinigungen der Krankenhausverwaltung/Praxis/Institute über den Zeitraum der Beschäftigung werden ebenfalls anerkannt. Nicht anerkannt werden Gehaltsnachweise oder Dienst-bzw. Arbeitsverträge.)
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr (z.B. Kopie eines Zahlungsnachweises)  
Ich habe den Betrag in Höhe von 100 Euro am \_\_\_\_\_ mit dem **Verwendungszweck "11.2 Psychotherapeutenregister + Name des Antragstellers"** überwiesen.

### Anmerkungen:

- Die vorgenannten Unterlagen verbleiben bei der hier anzulegenden Registerakte. Im Original sowie amtlich beglaubigter Form vorgelegte Urkunden werden nach Eintragung in das Register zurückgeschickt.
- Gemäß § 46 Ärzte-ZV ist eine Gebühr in Höhe von **100 Euro** fällig, sobald Sie Ihren Antrag eingereicht haben. Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn Sie Ihren Antrag später zurücknehmen sollten. Über die Zahlung der Antragsgebühr legen Sie uns bitte unaufgefordert nach Einreichung Ihres Antrages einen geeigneten Zahlungsnachweis vor. **Damit die eindeutige Zuordnung des Antrags gewährleistet werden kann, ist es unbedingt erforderlich, dass auf dem Zahlungsnachweis der Verwendungszweck und Name des Antragstellers aufgeführt ist.**

**Wir machen darauf aufmerksam, dass die Eintragung in das Arztregister für Psychotherapeuten erst erfolgen kann, wenn der Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr erbracht wurde und die erforderlichen Unterlagen vollständig vorliegen.**

### Bankverbindung:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG  
IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28  
BIC: DAAEDEDXXX

Ich versichere, dass die von mir in diesem Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen werde ich unverzüglich der Registerstelle mitteilen. Durch Ihre Unterschrift geht die unter Punkt 2. der Erläuterungen dargestellte datenschutzrechtliche Erklärung für die Kassenärztliche Vereinigung Hessen als Bestandteil in den Antrag über.



\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Erläuterungen

### 1. Allgemeine Ausfertigungshinweise

Bei handschriftlicher Ausfertigung des Antrags bitten wir Sie, die Ausfüllung nur in gut lesbarer Druckschrift vorzunehmen.

### 2. Datenschutz

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung über die Führung eines Arztregisters erhoben und verarbeitet.

Das Arztregister wird mittels elektronischer Datenverarbeitung erstellt. Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gem. Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Hessen erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zu datenschutzrechtlichen Informationspflichten nach Art. 13 DSGVO finden Sie auf unserer Homepage unter: <https://www.kvhessen.de/datenschutz>

### 3. Amtlich beglaubigte Kopien (nicht älter als 6 Monate)

Anerkannte Stellen, welche Beglaubigungen durchführen können:

|   |
|---|
| Bundesbehörde   |
| Gemeinde- / Stadtverwaltung                                     |
| Gesetzliche Krankenkasse (Körperschaft des öffentlichen Rechts) |
| Kassenärztliche Vereinigung                                     |
| Krankenhaus in öffentlicher Trägerschaft                        |
| Landesbehörde   |
| Landesärztekammer   |
| Notar   |
| Ortsgericht   |
| Psychotherapeutenkammer   |

Eine amtliche Beglaubigung muss mindestens enthalten:

Einen Vermerk, der bescheinigt, dass die Kopie/Abschrift mit dem Original übereinstimmt (**Beglaubigungsvermerk**),

1. Die **Unterschrift** des Beglaubigenden
2. Den Abdruck des **Dienstsiegels**. Ein einfacher Schriftstempel genügt nicht.

Urkunden, die nicht in deutscher Sprache verfasst sind, müssen in amtlich beglaubigter Form plus Übersetzung ins Deutsche vorgelegt werden. Es werden nur Übersetzungen von allgemein beeidigten, öffentlich bestellten bzw. allgemein ermächtigten Dolmetscherinnen und Dolmetschern sowie Übersetzerinnen und Übersetzern anerkannt. Ob es sich um eine von uns anerkannten Übersetzer handelt, können sie unter dem Link Dolmetscher- und Übersetzungsdatenbank (<http://www.justiz-dolmetscher.de>) prüfen.

4. Beglaubigungen dürfen **nicht älter** als sechs Monate sein!
5. Für eine Antragstellung **muss** Ihr Wohnort in Hessen sein!

#### **4. Rechtliche Grundlage für die Eintragung in das Psychotherapeutenregister:**

##### **§ 95 c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) / Voraussetzung für die Eintragung von Psychotherapeuten in das Arztregister**

(1) Bei Psychotherapeuten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus:

1. die Approbation als Psychotherapeut nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes und
2. den erfolgreichen Abschluss einer Weiterbildung
  - a) für die Behandlung von Erwachsenen in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannten Behandlungsverfahren,
  - b) für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannten Behandlungsverfahren oder
  - c) in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung, sofern dem Fachgebiet Methoden oder Techniken zugrunde liegen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt worden sind.

Ziel der Weiterbildung ist der Erwerb der in den Weiterbildungsordnungen festgelegten Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, um nach Abschluss der Berufsausbildung besondere psychotherapeutische Kompetenzen zu erlangen. Die Weiterbildung dient, orientiert an einer von der Bundespsychotherapeutenkammer entwickelten Musterweiterbildungsordnung, der Sicherung der Qualität der psychotherapeutischen Berufsausübung. Sie wird durch eine erfolgreich abgelegte Prüfung abgeschlossen.

(2) Bei Psychotherapeuten, die ihre Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung oder nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung erworben haben, setzt die Eintragung in das Arztregister neben der Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung oder nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung den Fachkundenachweis voraus. Der Fachkundenachweis setzt voraus:

1. für den nach § 2 Absatz 1 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung approbierten Psychotherapeuten, dass der Psychotherapeut die vertiefte Ausbildung gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 1 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannten Behandlungsverfahren erfolgreich abgeschlossen hat;
2. für den nach § 2 Absatz 2 und 3 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung approbierten Psychotherapeuten, dass die der Approbation zugrunde liegende Ausbildung und Prüfung in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannten Behandlungsverfahren abgeschlossen wurden;
3. für den nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung approbierten Psychotherapeuten, dass er die für eine Approbation geforderte Qualifikation, Weiterbildung oder Behandlungsstunden, Behandlungsfälle und die theoretische Ausbildung in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 anerkannten Behandlungsverfahren nachweist.

**Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) vom 28. Mai 1957 (BGB1 I, S. 572, 608), zuletzt geändert durch Art. 12 G v. 11.07.2021**