



**Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Therapeuten
nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V (Jobsharing)
in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)
Teil 1 – (vom Geschäftsführer des MVZ auszufüllen)**

**Angaben zum Antragsteller (Trägersgesellschaft oder
Berufsausübungsgemeinschaft – *sofern erfolgt entsprechend der
Registereintragung*):**

Name:	
--------------	--

PLZ:		Ort:	
Straße:		Haus- nummer:	

**Falls abweichend Angaben zur Betriebsstätte bzw. Angaben zur
Berufsausübungsgemeinschaft**

Name:	
--------------	--

PLZ:		Ort:	
Straße:		Haus- nummer:	

BSNR:	
--------------	--

Angaben zu dem / zu den Vertretungsberechtigten

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

Angaben zur beantragten Anstellung

Name des anzustellenden
Therapeuten:

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)
- Ärztliche(r) Psychotherapeut(in)
- Facharzt(ärztin) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt(ärztin) für Psychotherapeutische Medizin

Mit Wirkung ab dem:
(nach § 40 BPL-RL nur zu Quartalsbeginn möglich)

Angaben zum Beschäftigungsumfang

- bis zu 10 Stunden pro Woche
- über 10 bis 20 Stunden pro Woche
- über 20 bis 30 Stunden pro Woche
- über 30 Stunden pro Woche

Bitte unbedingt genaue Stundenzahl angeben:

im Umfang von (Wochenstunden):

Tätigkeitsort des anzustellenden Therapeuten

Hauptbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

Nebenbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

Anschrift :

Zweigpraxis

Umfang von (Wochenstunden):

Anschrift:

Angaben bezüglich der Jobsharing-Zuordnung

Bezüglich des angestrebten Jobsharings bedarf es der Zuordnung zu einem Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin des MVZ (Erläuterung: Das Erfordernis der Zuordnung des im Jobsharing angestellten Therapeuten zu einem vertragstherapeutisch tätigen Psychotherapeuten ergibt sich aus der Zuweisung therapeutenbezogener Volumina im Rahmen der Honorarverteilung.)

Der/Die angestellte Therapeut/in soll hinsichtlich des Jobsharings

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

zugeordnet werden.

Im Falle des Ausscheidens des zugeordneten Therapeuten tritt an dessen/ deren Stelle der entsprechende Nachfolger, sofern nicht eine andere Feststellung getroffen wird.

Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

- Der Nachweis nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist als Anlage beigefügt.

Antragsgebühr

- Hiermit erkläre(n) ich/wir mein/unser Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) in Höhe von 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

Bitte beachten Sie die Erläuterungen zu der Antragsstellung und unsere Antragsfristen.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ)

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Therapeuten
nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V (Jobsharing)
in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)
Teil 2 (vom anzustellenden Therapeuten auszufüllen)

Angaben zum anzustellenden Therapeuten

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Geburtsdatum:		Geburtsort:	
----------------------	--	--------------------	--

Wohnort:

PLZ:		Ort:	
-------------	--	-------------	--

Straße:		Hausnummer:	
----------------	--	--------------------	--

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

--

**Facharztbezeichnung und ggf. Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung
bei Psychologischen Psychotherapeuten: Approbation**

Ggf. LANR:	
-------------------	--

Weitere Tätigkeiten neben der vertragstherapeutischen Versorgung

- Ich werde keine weitere Tätigkeit ausüben
- Es ist eine weitere Tätigkeit geplant bzw. eine bestehende Tätigkeit wird weiterhin ausgeübt (Vertrag und ggf. weitere Angaben bitte als Anlage beifügen).

Name der Institution:	
in (Anschrift)	
im Umfang von (Wochenstunden)	

Eintragung in das Arzt-/Psychotherapeutenregister

ist erfolgt am:		wurde beantragt am:	
bei der Kassenärztlichen Vereinigung:			

Angaben zur Aus- und Weiterbildung:

Sofern eine Arzt-/Psychotherapeutenregistereintragung vorliegt ist eine Angabe der Daten unter „Aus- und Weiterbildung“ nicht erforderlich. Nach der Arztregistereintragung erworbene Weiterbildungen ggf. ergänzen.

Approbation erteilt durch:	am:
-----------------------------------	------------

Therapeut:	Genauere Bezeichnung:	Prüfung am / Anerkennung am:
Diplom als:		
Anerkennung als:		
Richtlinienverfahren:		
Zusatzbez. Klinische Neuropsychologie		

Arzt:	Genauere Bezeichnung:	Prüfung am / Anerkennung am:
Facharztanerkennung als:		
Schwerpunktbezeichnung:		
Fakultative Weiterbildung:		
Besondere Fachkunde:		
Zusatzbezeichnung:*		
Zusatzweiterbildung:		
Richtlinienverfahren:		

*Zusatzbezeichnung fachgebunden: ja

nein

Angaben über die psychotherapeutische Tätigkeit vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tage der Antragstellung

Geben Sie bitte insbesondere an, ob Sie bereits als Vertragstherapeut zugelassen, oder in einem MVZ/in einer Praxis angestellt waren oder sind. Bitte benennen Sie auch Sitz bzw. Arbeitgeber sowie Zulassungs- bzw. Beschäftigungszeitraum. Ggf. nutzen Sie bitte eine gesonderte Aufstellung und fügen diese als Anlage bei:

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

Bitte beachten Sie die Erläuterungen zur Antragstellung und unsere Antragsfristen.

Es wird darauf hingewiesen, dass nach der Gemeinsamen Notfalldienstordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe die Verpflichtung zur Teilnahme am organisierten Notfalldienst besteht.

Erklärung hinsichtlich Drogen- und Alkoholabhängigkeit

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

Erklärung über ein bestehendes Dienst- und Beschäftigungsverhältnis

- Ich erkläre hiermit, dass ich zurzeit in **keinem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit stehe.
- Ich erkläre hiermit, dass ich zurzeit in **einem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit stehe.

im Umfang von (Wochenstunden)

Das Beschäftigungsverhältnis wird wurde gekündigt mit Wirkung vom:

Das Beschäftigungsverhältnis wird fortgeführt mit (Wochenstunden)

Sollten sich im Hinblick auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses Änderungen ergeben, ist der Zulassungsausschuss schriftlich in Kenntnis zu setzen.

Erklärung zur Datenerhebung:

- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde ich der KVWL mitteilen.

Anlagen: Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- unterschriebener Lebenslauf
- Auszug aus dem Arzt-/Psychotherapeutenregister (sofern nicht im Bereich der KVWL eingetragen)
- schriftlicher Arbeitsvertrag mit dem MVZ
- Bestätigung (Quittung) der Beantragung eines Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 Bundeszentralregistergesetz (BZRG).
 - Ich erkläre an Eides statt, dass im beantragten Führungszeugnis keine Eintragung zu meinem Nachteil enthalten ist.

(Sollte das Führungszeugnis zum Sitzungstermin noch nicht vorliegen, kann durch die Abgabe der eidesstattlichen Erklärung ggf. eine Vertagung der Verhandlung des Zulassungsausschusses vermieden werden.)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des anzustellenden
Therapeuten)