

## ANTRAG

Name:

Vorname:

auf Eintragung in das Arztregister (Psychotherapeuten) des  
Zulassungsbezirks

als                    Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in  
                          Psychologische/r Psychotherapeut/in

Diesem Antrag füge ich folgende Unterlagen (**Original oder ausnahmsweise amtlich beglaubigte Abschrift**) bei:

Geburtsurkunde (bei Namensabweichung ggf. Heiratsurkunde)

Zeugnis über Studienabschluss (z. B. Diplomurkunde -  
ausländische Diplome **mit** Übersetzungen)

Approbation als                    Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in (KJP)  
    Psychologische/r Psychotherapeut/in (PP)  
nach            § 2    oder            § 12 PsychThG

ggf. Promotionsurkunde

Fachkundenachweise<sup>1</sup> für

- Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie

PP	KJP

Bescheinigungen bzw. Zeugnisse (keine Arbeitsverträge) über die bisherige Tätigkeit seit  
der Abschlussprüfung im Studiengang **bis zum heutigen Tage**

Bitte kreuzen Sie hier an, ob Sie eine Rücksendung Ihrer Unterlagen wünschen.	Rücksendung
Das Arztregister wird elektronisch geführt. Eine Rückgabe ist zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr möglich.	Zum Verbleib

Für das Verfahren auf Eintragung in das Arztregister ist eine **Gebühr in Höhe von 100 Euro** zu entrichten (§ 46 Abs. 1 Buchst. a Ärzte-ZV). Sie erhalten nach Eingang des Antrags über diesen Betrag eine Rechnung.

Ich versichere, dass die von mir in dem Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen.

Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Arztregisterstelle mitteilen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

<sup>1</sup> Bei Approbation nach § 2 PsychThG: Zeugnis über die staatliche Prüfung für Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

## ERLÄUTERUNGEN

### 1. Allgemeine Ausfertigungshinweise

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

Fragen, die für Sie nicht zutreffen und deshalb nicht beantwortet werden können, bitten wir in dem Beantwortungsraum der betreffenden Zeile mit „entfällt“ zu kennzeichnen.

### 2. Abkürzungen

- AR = Arztregister  
 BMV/Ä = Bundesmantelvertrag/Ärzte (Regelt die vertraglichen Beziehungen zur ärztlichen Versorgung der Versicherten der Primärkrankenkassen)  
 EKV = Arzt/Ersatzkassen-Vertrag (Regelt die vertraglichen Beziehungen zur ärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen)  
 PLZ = Postleitzahl  
 Ärzte-ZV = Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

### 3. Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Auszug)

- |  |   |
|--|---|
| <p style="text-align: center;"><b>§ 1</b></p> <p>(1) Für jeden Zulassungsbezirk führt die Kassenärztliche Vereinigung neben dem Arztregister die Registerakten.</p> <p>(2) Das Arztregister erfasst</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) die zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten,</li> <li>b) Ärzte, die die Voraussetzungen des § 3 und Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen des § 95c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen und ihre Eintragung nach § 4 beantragt haben.</li> </ol> <p>(3) Diese Verordnung gilt für</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Psychotherapeuten und die dort angestellten Psychotherapeuten,</li> <li>2. die medizinischen Versorgungszentren und die dort angestellten Ärzte und Psychotherapeuten sowie</li> <li>3. die bei Vertragsärzten angestellten Ärzte und Psychotherapeuten entsprechend.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>§ 2</b></p> <p>(1) Das Arztregister muss die Angaben über die Person und die berufliche Tätigkeit des Arztes enthalten, die für die Zulassung von Bedeutung sind.</p> <p>(2) Das Arztregister ist nach dem Muster der Anlage zu führen.</p> <p style="text-align: center;"><b>§ 3</b></p> <p>(1) Die Eintragung in das Arztregister ist bei der nach §4 zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen.</p> <p style="text-align: center;">...</p> | <p style="text-align: center;"><b>§ 4</b></p> <p>(1) <sup>1</sup>Der Arzt ist in das Arztregister des Zulassungsbezirks einzutragen, in dem er seinen Wohnort hat. <sup>2</sup>Sofern er keinen Wohnort im Geltungsbereich dieser Verordnung hat, steht ihm die Wahl des Arztregisters frei.</p> <p>(2) <sup>1</sup>Der Antrag muss die zur Eintragung erforderlichen Angaben enthalten. <sup>2</sup>Die Angaben sind nachzuweisen, insbesondere sind beizufügen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) die Geburtsurkunde,</li> <li>b) die Urkunde über die Approbation als Arzt,</li> <li>c) der Nachweis über die ärztliche Tätigkeit nach bestandener ärztlicher Prüfung.</li> </ol> <p>(3) An Stelle von Urschriften können ausnahmsweise amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.</p> <p>(4) <sup>1</sup>Können die in Absatz 2 bezeichneten Unterlagen nicht vorgelegt werden, sind die nachzuweisenden Tatsachen glaubhaft zu machen. <sup>2</sup>Zur Glaubhaftmachung der Approbation als Arzt und der ärztlichen Tätigkeit (Absatz 2 Buchstaben b und c) genügt eine eidesstattliche Erklärung des Antragstellers allein nicht.</p> <p style="text-align: center;"><b>§ 5</b></p> <p>(1) Verzieht ein im Arztregister eingetragener nicht zugelassener Arzt aus dem bisherigen Zulassungsbezirk, so wird er auf seinen Antrag in das für den neuen Wohnort zuständigen Arztregister umgeschrieben.</p> <p style="text-align: center;">...</p> |
|--|---|

### 4. Datenschutz

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der Paragraphen 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte über die Führung eines Arztregisters erhoben.  
 Das Arztregister wird mittels EDV erstellt. Die Speicherung, Übermittlung und Löschung erfolgt nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften.

**Arztregister (Psychotherapeuten)  
des Zulassungsbezirks**

001	AR
002	ENR
003	ANR

wird von der KV ausgefüllt

111	Familienname			
112	Geburtsname			
113	Titel			
114	Vornamen			
115	Geburtsdaten	Geburtsdag	Geburtsort	
116	Geschlecht	männlich	weiblich	
117	Staatsangehörigkeit			
211	Wohnort	PLZ		
212	Straße, Haus-Nr.			
213	Telefon	Vorwahl-Nr.	Ruf-Nr.	
214	Telefax	Vorwahl-Nr.	Ruf-Nr.	
215	Mobil	Vorwahl-Nr.	Ruf-Nr.	
216	E-Mail-Adresse			
217	Praxis-Homepage*)	http://www.		
311	Diplom/ Abschlussprüfung	am	in	
312	Approbation	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in		
		am	durch	
		Psychologische/r Psychotherapeut/in		
		am	durch	
313	Promotion	am	durch	
351	Fachkundenachweise gemäß § 95c SGB V i.V.m. § 2 oder § 12 PsychThG	Richtlinien	Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeut/in	Psychologische/r Psychotherapeut/in
352		Tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapie	am	am
353		Analytische Psychotherapie	am	am
354		Verhaltenstherapie	am	am
355		Systemische Therapie		am

411	Eingetragen am		
412	Sind Sie bereits in ein Arztregister eingetragen?	AR-Stelle	Eintragung-Nr.
413	zurzeit niedergelassen	seit	als

\*) Beantwortung freiwillig

Sind Sie zurzeit für die vertragsärztliche Versorgung ermächtigt? _____			
Falls ja, durch wen? _____			
→ Rechtsgrundlage gemäß § 31 Ärzte-ZV / § 31 a Ärzte-ZV			
601 1 - 3	Seit wann?	am _____	als _____
601 4	Rechtsgrundlage:		
601 5	Leistungsumfang:		
Sind Sie zurzeit bei einem zugelassenen Vertragspsychotherapeuten angestellt? _____			
→ Rechtsgrundlage gemäß § 32 b Ärzte-ZV			
605 1 - 3	Seit wann?	am _____	als _____
605 4	Beschäftigungsumfang:	ganztags _____	halbtags _____
605 5	Arbeitgeber (Name u. ENR):		
721	Hinsichtlich ausländischer Patienten: Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse? Falls ja, welche?	Sprache: _____	
722		Sprache: _____	
723		Sprache: _____	
724		Sprache: _____	
725		Sprache: _____	

A.	Anerkannte Schwerbeschädigung:*)	Erwerbsminderung %	Von welcher Stelle anerkannt?
B.	Bestand bereits eine	Zulassung als Psychotherapeut/in →	ja:      nein:
		Ermächtigung als Psychotherapeut/in →	ja:      nein:
		Teilnahme am Delegationsverfahren →	ja:      nein:
	Falls ja, von - bis _____		AR-Stelle _____
	Grund für die Beendigung: _____		
C.	Ist Ihnen die Approbation zu irgendeiner Zeit entzogen worden? →		ja:      nein:
	Falls ja, _____	von welcher Stelle: _____	
		für welchen Zeitraum: _____	
		Grund: _____	
D.	Hat Ihre	Approbation geruht? →	ja:      nein:
		für welchen Zeitraum: _____	
		Grund: _____	
E.	Ist Ihnen die Berufsausübung als Psychotherapeut/in auf Grund gesetzlicher Bestimmungen zu irgendeiner Zeit untersagt worden? →		ja:      nein:
	Falls ja, _____	von welcher Stelle: _____	
		für welchen Zeitraum: _____	
		Grund: _____	
F.	Haben Sie die Absicht, demnächst eine Zulassung als Psychotherapeut/in zu beantragen?*)	ja:      nein:	
	Falls ja, voraussichtlich	wann: _____	
		wo: _____	
		als: _____	

\*) Beantwortung freiwillig



## Information der betroffenen Person bei der Direkterhebung von personenbezogenen Daten (Art. 13 DS-GVO)

### **Verantwortlicher:**

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen – KVN  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Berliner Allee 22  
30175 Hannover (Deutschland)

### **Gesetzlicher Vertreter:**

Mark Barjenbruch, Vorstandsvorsitzender,  
Dr. Jörg Berling, stellvertretender Vorstandsvorsitzender,  
Tel: 0511 380 – 4800  
Fax: 0511 380 – 3491  
E-Mail: [info@kvn.de](mailto:info@kvn.de)

### **Datenschutzbeauftragter:**

Datenschutzbeauftragter der KVN,  
Tel: 0511 380 - 4800,  
E-Mail: [datenschutzbeauftragter@kvn.de](mailto:datenschutzbeauftragter@kvn.de)

## **Angaben zur Verarbeitungstätigkeit:**

### **Zwecke der Verarbeitungstätigkeit:**

Zweck der Verarbeitung ist die Erfüllung der hoheitlichen Aufgaben der KVN, wie sie sich vornehmlich aus dem Kap. 4 SGB V ergeben. Dazu gehören gem. § 285 SGB V insbesondere:

- Verarbeitung von Daten zum Führen des Arztregisters,
- Erfüllung des Sicherstellungs- und Vergütungsauftrages der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung,
- Vergütung von ambulanten Krankenhaus- und belegärztlichen Leistungen sowie
- Durchführung von Wirtschaftlichkeits- (§ 106 bis 106 c SGB V) und Qualitätsprüfungen (§135 b).

Daneben werden die personenbezogenen Daten zur satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung der Kassenärztlichen Vereinigung als Selbstverwaltungsorgan der Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung verarbeitet, hierzu gehören insbesondere Vorbereitung und Durchführung von Wahlen, Gremienbildung und deren Tätigkeit ( z.B. Vertreterversammlung, Fachausschüsse, Widerspruchsausschüsse etc.), Disziplinarangelegenheiten, Rechtsstreitigkeiten.

Des Weiteren erfolgt eine Verarbeitung der personenbezogenen Daten um zusätzliche, freiwillig nutzbare Dienstleistungen anzubieten. Dazu gehören insbesondere die Dienste, welche über das „KVN-Portal“ zu erreichen sind, z.B. E-Mail-Dienst „Emily“, die Praxisbörse, „Kontakt-24“, die Teilnahme an und Verwaltung von Sonderverträgen, sowie die Nutzung des „KVN-Portals“ selbst.

Zusätzlich erfolgt eine Übermittlung Ihrer Daten an die Kassenärztliche Bundesvereinigung aufgrund rechtlicher Pflichten oder vertraglicher Vereinbarungen u.a. für das Bundesarztregister und die Tätigkeit der Terminservicestellen sowie an das Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung zur Durchführung von Forschungsvorhaben in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Forschungsergebnisse finden dabei u.a. Eingang in Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen. Die übermittelten Daten werden dabei frühestmöglich pseudonymisiert.

Im konkreten Einzelfall erfolgt eine Datenübermittlung an andere Sozialleistungsträger und Justizbehörden aufgrund einer Übermittlungsbefugnis gem. dem 2. Kapitel des SGB X, dies kann insbesondere wegen Anfragen von Renten- und Unfallversicherungen sowie Berufsgenossenschaften oder aufgrund von Ermittlungsverfahren sein.

Für die vorgenannten Zwecke werden die nachfolgenden Datenkategorien verarbeitet:

- Personenstammdaten (Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse etc.)
- Qualifikationsmerkmale
- Abrechnungsdaten
- Gesundheitsdaten
- Bankdaten
- Steuerdaten

### **Rechtsgrundlage der Verarbeitungstätigkeit:**

Die vorgenannten Verarbeitungszwecke erfolgen gem. Art. 6 Abs. 1 lit c DSGVO i.V.m. den oben genannten Vorschriften zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen.

Für die Verarbeitungszwecke, welche - wie oben beschrieben - eine Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO voraussetzen, werden Sie vor Beginn der Verarbeitungstätigkeit zur Einwilligung aufgefordert. Die Anforderungen an die Einwilligung gem. Art. 7 Abs. 1-4 DSGVO werden dabei erfüllt.

### **Kategorien von Empfängern:**

Andere Kassenärztliche Vereinigungen, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Sozialleistungsträger (Rentenversicherungen, Unfallversicherungen, Sozialämter etc.), Ärztekammern, Psychotherapeutenkammer, Justizbehörden.

### **Auftragnehmer (Auftragsverarbeiter):**

Zentralinstitut für vertragsärztliche Versorgung

### **Datentransfer in ein Drittland:**

Es liegt keine geplante Übermittlung in Drittstaaten vor.

## **Zusätzliche Informationspflichten:**

### **Speicherdauer der personenbezogenen Daten:**

Die im Zusammenhang mit den oben genannten Verarbeitungstätigkeiten anfallenden Daten werden gelöscht, nachdem die Speicherung für eine rechtmäßige Erfüllung der der KVN obliegenden Aufgaben nicht mehr erforderlich ist, oder die Verarbeitung wird eingeschränkt, wenn gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen. Im Regelfall werden die Daten min. 4 Jahre gem. § 304 SGB V i.V.m. § 84 Abs. 2 SGB X gespeichert.

### **Rechte der betroffenen Person:**

Sie haben ein Recht auf Auskunft (gem. Art. 15 DS-GVO) seitens des Verantwortlichen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO), Löschung (Art. 17 DS-GVO), und auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 17 Abs. 1 DS-GVO). Des Weiteren haben Sie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21 DS-GVO) sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO). Soweit die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung beruht, haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Möchten Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen, wenden Sie sich bitte an den oben genannten Datenschutzbeauftragten bzw. an den Ihnen ggf. bekannten Ansprechpartner.

### **Beschwerderecht:**

Sie haben ein Recht auf Beschwerde, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

Tel. 0511-120 4500

Fax. 0511-120 4599

Internet: [www.lfd.niedersachsen.de](http://www.lfd.niedersachsen.de)

### **Pflicht zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten:**

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten, insbesondere der Gesundheitsdaten und erbrachten Leistungen ist sowohl gesetzlich (Kapitel IV SGB V, Zulassungsverordnung-Ärzte) als auch vertraglich (Bundesmantelvertrag) vorgeschrieben. Der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer ist verpflichtet, diese Daten bereitzustellen. Eine Nichtbereitstellung hätte u.a. zur Folge, dass eine Honorierung der zur Abrechnung gebrachten Leistungen nicht erfolgen könnte.

**Hinweis:** Weitere Informationen welche Daten - speziell auf unserer Webseite - erhoben und verarbeitet werden erhalten Sie unter der Rubrik „Datenschutz“.