

BITTE ZURÜCKSENDEN AN:

Kassenärztliche Vereinigung RLP  
**Hauptverwaltung Mainz**  
 Isaac-Fulda-Allee 14  
 55124 Mainz

Fax: 06131 326152

# Antrag

## AUF ZULASSUNG ALS VERTRAGSARZT/VERTRAGSÄRZTIN/VERTRAGS- PSYCHOTHERAPEUT/VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTIN

|                   |  |
|-------------------|--|
| Fachgebiet:       |  |
| ggf. Schwerpunkt: |  |

|                   |         |      |
|-------------------|---------|------|
| Vertragsarztsitz: | PLZ:    | Ort: |
|                   | Straße: |      |

|                  |  |
|------------------|--|
| mit Wirkung vom: |  |
|------------------|--|

Die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung wird mit

**häufigem (Teilzulassung)** oder  **vollem Versorgungsauftrag (Vollzulassung)**  
 beantragt.

### 1. PERSONALIEN

|                |              |             |
|----------------|--------------|-------------|
| Familienname   |              |             |
| Titel          |              |             |
| Vorname(n)     |              |             |
| Geburtsdaten   | Geburtstag:  | Geburtsort: |
| Familienstand  |              |             |
| Wohnort        | PLZ:         | Ort:        |
|                | Straße:      |             |
| Telefon privat | Vorwahl-Nr.: | Ruf-Nr.:    |
| Telefon Praxis | Vorwahl-Nr.: | Ruf-Nr.:    |
| E-Mail         |              |             |

## 2. ZUR ZEIT TÄTIG

Funktion:

Arbeitgeber:

Das Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis kann zum ..... beendet  
bzw. im Umfang auf ..... Stunden/Woche beschränkt werden.

## 3. VERTRAGSÄRZTLICHE TÄTIGKEIT

Waren Sie bereits zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen  ja  nein

von: bis: in:

Grund der Aufgabe:

## 4. WOHNORT NACH NIEDERLASSUNG

Nach meiner Niederlassung wohne ich in:

PLZ: Ort:

Straße:

Die Entfernung zwischen der Wohnung und der Praxis beträgt **Kilometer**

Die Fahrzeit zwischen Wohnung und Praxis beträgt im Regelfall **Minuten**

## 5. ERKLÄRUNG

Ich erkläre, dass ich nicht rauschgiftsüchtig und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht gewesen bin.

Auch habe ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen.

Bei mir bestehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe für die Ausübung des ärztlichen Berufes.

## 6. BEMERKUNGEN

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Die datenschutzrechtliche Genehmigung zur Veröffentlichung der Zulassung im Ärzteblatt Rheinland-Pfalz wird erteilt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Folgende Unterlagen sind im **Original** oder als amtlich beglaubigte Fotokopien beigelegt:

- Auszug aus dem Arztregister (sofern nicht im Arztregister der KV RLP eingetragen)
- Nachweise über die **nach** der Arztregistereintragung ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten sowie Urkunden über erworbene Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen, Zusatzbezeichnungen
- Lebenslauf
- Polizeiliches Führungszeugnis (**Belegart 0** zur Vorlage bei einer Behörde)

---

**HINWEIS:**

ÜBER DIE ZU ENTRICHTENDE ANTRAGSGEBÜHR IN HÖHE VON **€ 100,00** ERHALTEN SIE EINE SEPARATE RECHNUNG.

# ANLAGE

## NUR FÜR INTERNISTEN

Ich beantrage die Zulassung als:

- Hausarzt (ohne Schwerpunktbezeichnung)
- fachärztlicher Internist

## FÜR FACHÄRZTE MIT DER GEBIETSBEZEICHNUNG PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE UND FÜR FACHÄRZTE MIT DER ZUSATZBEZEICHNUNG PSYCHOTHERAPIE

Geplant ist:

- eine ausschließlich (mehr als 90 %) psychotherapeutische Tätigkeit
- eine überwiegende (mehr als 50 %) psychotherapeutische Tätigkeit
- der psychotherapeutische Anteil wird eher nachrangig (weniger als 50 %) sein

## FÜR NERVENÄRZTE UND ÄRZTE MIT DER GEBIETSBEZEICHNUNG "FACHARZT FÜR NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE"

Der Schwerpunkt meiner zukünftigen Tätigkeit wird voraussichtlich im Gebiet der

- Psychiatrie
- Neurologie

liegen.

# I.7

**ACHTUNG !!!  
Genehmigungspflichtige Leistungen  
sind erst nach schriftlicher Genehmigung abrechenbar.**

Sollten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung genehmigungspflichtige Leistungen erbracht werden, ist eine Ausführungs- und Abrechnungsgenehmigung zu beantragen. Das bedeutet konkret, dass eine Facharztqualifikation bzw. die Qualifikation als psychologischer Psychotherapeut in der vertragsärztlichen Versorgung für viele Bereiche zwar notwendig, aber nicht ausreichend ist.

Neben der fachlichen Befähigung des Arztes, psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, müssen gegebenenfalls die Vorgaben zu apparativ-technischen und räumlichen Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungs-Vereinbarungen sowie -Richtlinien geprüft werden.

Festzuhalten ist, dass genehmigungspflichtige Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden dürfen, wenn hierfür die schriftliche Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz erteilt wurde.

**Nachstehend haben wir Ihnen alle genehmigungspflichtigen Leistungen zusammengestellt. Mit diesem Vordruck können Sie die entsprechenden Antragsunterlagen anfordern:**

- Auf dem Postweg:  
Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz  
Regionalzentrum Trier  
Abt. Qualitätssicherung / I.7  
Balduinstr. 10-14  
54290 Trier
- Per Telefaxnummer: 0651/4603-171
- Die entsprechenden Antragsformulare können Sie auch selbst unter folgendem Link downloaden:  
„<http://www.kv-rlp.de/info-center/info-center/formulare-antraege.html>“
- Telefon-Service-Center: 06131/326-326  
Bei Fragen werden Sie gerne mit einem Ansprechpartner der Abteilung Qualitätssicherung verbunden.

**Nachfolgend angekreuzte Antragsformulare senden an:**

.....  
ggf. Titel Name, Vorname

.....  
Anschrift (PLZ Ort, Straße, Hausnummer)

.....  
Telefon

Arzt

Psychologischer Psychotherapeut

**gewünschte Antragsformulare bitte ankreuzen**

1.  Akupunktur
2.  Ambulante Op/stationsersetzende Eingriffe (§ 115 b Abs. 1 SGB V)
3.  Apherese
4.  Arthroskopie
5.  Balneophototherapie
6.  Chirotherapie
7.  Computertomographie
8.  Diabetischer Fuß (EBM)
9.  Dialyse (Blutreinigungsverfahren)
10.  Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger
11.  Früherkennungsuntersuchungen (Zusatzleistung U10/U11/J2)
12.  Funktionsstörung der Hand
13.  Funktionsanalyse Herzschrittmacher
14.  Hausarztzentrierte Versorgung (Zusatzleistung)
15.  Hautkrebs-Screening (EBM)
16.  Hautkrebs-Screening (Zusatzleistung)
17.  Histopathologie -im Rahmen des Hautkrebs-Screening-
18.  HIV / AIDS
19.  Hörgeräteversorgung
20.  Homöopathie -Strukturvertrag- (Zusatzleistung)
21.  Interventionelle Radiologie (Angiographie)
22.  Invasive Kardiologie
23.  Kernspintomographie
24.  Knochendichtemessung
25.  Koloskopie (präventiv/kurativ)
26.  Künstliche Befruchtung
27.  Laboruntersuchungen (nur wenn die Leistungen nach **Abschnitt 32.3** EBM persönlich erbracht werden)
28.  Langzeit-EKG
29.  Mammographie
30.  Methicillin resistenter Staphylococcus aureus (MRSA)
31.  Neugeborenen-Screening (Labor - TMS)

**gewünschte Antragsformulare bitte ankreuzen**

32.  Nuklearmedizin
33.  Onkologie (onkologisch qualifizierter Arzt, Zusatzleistung)
34.  Onkologische Nachsorge (Zusatzleistung)
35.  Otoakustische Emissionen
36.  Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
37.  Phototherapeutische Keratektomie
38.  Polygraphie
39.  Polysomnographie
40. Psychosomatische Leistungen
- Psychosomatische Grundversorgung
  - Autogenes Training
  - Hypnose
  - Jacobsonsche Relaxationstherapie
41.  Psychotherapie (PT, Analyse, VT)
42.  Radiologie
43.  Rehabilitation (Verordnung)
44.  Schmerztherapie
45.  Schmerztherapeutische Einrichtung
46.  Schwangerschaftsabbruch
47.  Sonographie
48.  Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen
49.  Soziotherapie (Verordnung)
50.  Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
51.  Strahlentherapie
52.  Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
53.  Vakuumbiopsie unter Röntgenkontrolle der Brust
54.  Zytologie (Karzinome der weiblichen Genitale)

---

Datum

---

Unterschrift