

Bitte senden Sie den Antrag **per Fax an: 0211/522847-15** oder  
**per Post\* an: PTK NRW · Willstätterstr. 10 · 40549 Düsseldorf.**



Psychotherapeuten  
Kammer NRW

## **Antrag auf Ausstellung des Fortbildungszertifikats** nach der geltenden Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW

Ich beantrage das Fortbildungszertifikat der Psychotherapeutenkammer NRW, da ich mindestens 250 Fortbildungspunkte innerhalb des dem unten genannten Stichtag vorausgehenden Zeitraums von 5 Jahren erworben habe.

### **Ich beantrage das Zertifikat zum Stichtag**

□□. □□. □□□□

(TT.MM.JJJJ)

für den vorausgegangenen Zeitraum von genau 5 Jahren. Den für Sie geltenden Zeitraum können Sie bei Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung oder Klinikleitung erfragen.

Bei nachgewiesener Unterbrechung der Berufstätigkeit (z.B. Krankheit, Elternzeit) verlängert sich der 5-Jahreszeitraum entsprechend.

---

**Titel Vorname Name**

---

**Dienstanschrift (Straße, PLZ Ort)**

---

**Privatanschrift (Straße, PLZ Ort)**

---

**Geb.-Datum**

**EFN (bitte Barcode-Etikett aufkleben!)**

### **Wichtig!**

\* Bitte reichen Sie von den Teilnahmebescheinigungen, die noch **nicht** auf Ihrem elektronischen Punktekonto aufgeführt sind, **Kopien** (per Post) ein. Diese werden nach der Erfassung vernichtet. Für Originale übernehmen wir keine Haftung.

Gemäß der Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer NRW „*Gebührenverzeichnis zur Gebührenordnung*“ fällt für das Fortbildungszertifikat eine Gebühr von EUR 20,00 an. Bitte warten Sie mit der Begleichung der Gebühr, bis Sie den Gebührenbescheid mit Zahlungsträger erhalten haben.

**Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit aller in diesem Antrag enthaltenen Angaben und die Übereinstimmung der von mir eingereichten Kopien mit den Originalen.**

---

Ort / Datum

---

Unterschrift

**Mitglieder, die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung (nach § 95d SGB V) teilnehmen:  
Bitte Seite 2 beachten!**



## Auftrag zur Übermittlung des Fortbildungszertifikats an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung:\*

Um den Nachweis meiner **Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V** gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zu erbringen, beauftrage ich die Psychotherapeutenkammer NRW mit der elektronischen Übertragung meiner unten aufgeführten personenbezogenen Daten an die (bitte ankreuzen):

- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
 Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

und willige in die entsprechende Datenverarbeitung ein.

Es werden folgende Daten an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung übertragen:

Anrede, Titel, Name, Vorname(n), lebenslange Arztnummer (LANR - von den Kassenärztlichen Vereinigungen erteilt), Geburtsdatum, Praxisanschrift, Ausstelldatum des Fortbildungszertifikats, Angabe des von mir in diesem Antrag definierten Fünfjahreszeitraums, auf den sich das Fortbildungszertifikat bezieht, Angabe, ob ein bereits an die Kassenärztliche Vereinigung übermitteltes Fortbildungszertifikat im Einzelfall nachträglich zurückgenommen oder widerrufen worden ist.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen der Psychotherapeutenkammer NRW zur korrekten Identifikation meine LANR zur Verfügung stellen. Diese wird bei der Psychotherapeutenkammer NRW gespeichert und gemeinsam mit den oben genannten Daten der Kassenärztlichen Vereinigung übermittelt. Liegt der Psychotherapeutenkammer NRW keine LANR von der oben durch mich festgelegten Kassenärztlichen Vereinigung zu meiner Person vor, wird der Auftrag nicht ausgeführt.

Den Auftrag und die damit verbundene Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich gegenüber der Psychotherapeutenkammer NRW widerrufen. In diesem Fall erfolgt keine elektronische Übermittlung an die Kassenärztliche Vereinigung, so dass es mir selbst obliegt, der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mein Fortbildungszertifikat zu übermitteln. Der Widerruf gilt nur für die Zukunft; Datenübermittlungen, die vor dem Widerruf an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

Änderungen und / oder Streichungen dieses Textes sowie Nichtangabe der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung haben zur Folge, dass der Auftrag zur Übertragung an die Kassenärztliche Vereinigung nicht wirksam erteilt wird.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\* gilt ausschließlich für Mitglieder, die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung (nach § 95d SGB V) teilnehmen.