

## Antrag auf Erteilung des Fortbildungszertifikates

gemäß der Fortbildungsordnung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK)

Bitte per Fax an 0341 462432-19 oder per Post senden an:

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK)  
Goyastraße 2d  
04105 Leipzig

Angaben zum/r Antragsteller/in
OPK Mitgliedsnummer:
Name, Vorname:
Geburtsdatum:

1) Tätigkeit in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung (KV-Zulassung)
<p>Beginn der KV-Tätigkeit: _____._____._____ (TT.MM.JJJJ)</p> <p>LANR - Lebenslangearztnummer (9-stellig): _____</p> <p>KV-Fortbildungszeitraum*: _____ bis _____ (TT.MM.JJJJ)  <small>Beginn Ende (Stichtag)</small></p> <p><i>*Nach § 95d SGB V ist der Vertragspsychotherapeut verpflichtet, sich fachlich fortzubilden. Er hat alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nach nachgekommen ist. Ansprechpartner in allen Fragen zur sozialrechtlichen Fortbildungspflicht ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Diese erteilt Ihnen Auskunft über den für Sie geltenden sozialrechtlichen Fortbildungszeitraum (Stichtag).</i></p> <p>Hiermit beantrage ich das Fortbildungszertifikat der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer zum Stichtag (der letzte Tag des Fortbildungszeitraumes.  <i>Beispiel: 01.07.2025 – 30.06.2030 = Stichtag: 30.06.2030</i>)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p style="text-align: center;">(TT.MM.JJJJ)</p> <p>für den vorausgegangenen Zeitraum von genau 5 Jahren. <b>Sofern kein Stichtag angegeben ist, wird als Stichtag das Eingangsdatum des Antrages bei der OPK herangezogen.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich bitte um Berücksichtigung eines vorausgegangenen Zeitraums von länger als 5 Jahren. Der Bescheid der Kassenärztlichen Vereinigung über die Verlängerung des sozialrechtlichen Nachweiszeitraumes liegt dem Antrag in Kopie bei.</p>

## 2) Tätigkeit in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus

Beginn der Tätigkeit: ..... (TT.MM.JJJJ)

*Nach § 136b Absatz 1 Nr. 1 SGB V sind PsychotherapeutInnen, die in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern psychotherapeutisch tätig sind, verpflichtet, sich fachlich fortzubilden. Sie müssen im Abstand von fünf Jahren den Nachweis gegenüber der Klinikleitung erbringen, dass sie in dem zurückliegenden Fortbildungszeitraum ihrer Fortbildungspflicht nachgekommen sind. Bitte erkundigen Sie sich ggf. bei Ihrer Klinikleitung über den für Sie geltenden sozialrechtlichen Fortbildungszeitraum (Stichtag).*

Hiermit beantrage ich das Fortbildungszertifikat der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer zum Stichtag (der letzte Tag des Fortbildungszeitraumes. Beispiel: 01.07.2025 – 30.06.2030 = Stichtag: 30.06.2030)

□	□	.	□	□	.	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(TT.MM.JJJJ)

für den vorausgegangenen Zeitraum von genau 5 Jahren. **Sofern kein Stichtag angegeben ist, wird als Stichtag das Eingangsdatum des Antrages bei der OPK herangezogen.**

- Ich bitte um Berücksichtigung eines vorausgegangenen Zeitraums von länger als 5 Jahren. Die Bestätigung des Arbeitgebers über die Verlängerung des sozialrechtlichen Nachweiszeitraumes liegt dem Antrag in Kopie bei.

## 3) Andere Tätigkeit als unter 1) und 2) aufgeführt (z. B. Beratungsstelle, Reha-Einrichtung, Privatpraxen)

Hiermit beantrage ich das Fortbildungszertifikat der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer zum Stichtag (der letzte Tag des Fortbildungszeitraumes. Beispiel: 01.07.2025 – 30.06.2030 = Stichtag: 30.06.2030)

□	□	.	□	□	.	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(TT.MM.JJJJ)

für den vorausgegangenen Zeitraum von genau 5 Jahren. **Sofern kein Stichtag angegeben ist, wird als Stichtag das Eingangsdatum des Antrages bei der OPK herangezogen.**

- Ich beantrage die Berücksichtigung eines vorausgegangenen Zeitraums von länger als 5 Jahren.  
Ich habe meine berufliche Tätigkeit aufgrund von z.B. Mutterschutz, Elternzeit, Pflegezeit oder einer länger als drei Monate andauernden Erkrankung unterbrochen. Die entsprechenden Nachweise liegen dem Antrag in Kopie bei (z.B. Bescheid der Krankenkasse über den Bezug von Mutterschaftsgeld, Bestätigung des Arbeitgebers über die Dauer von Mutterschutz und Elternzeit, Elterngeldbescheid, Bescheid der Pflegekasse, fortlaufende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen).

### Selbsterklärung / Einverständniserklärung

- Ich habe mich im Fortbildungszeitraum mittels **Selbststudium** (Fachliteratur, Lehrmittel) fortgebildet und mache hiermit die hierfür vorgesehenen Fortbildungspunkte nach Kategorie E der Fortbildungsordnung OPK (höchstens 50 Punkte in fünf Jahren) geltend.
- Gilt nur für VertragspsychotherapeutInnen: Ich bin damit einverstanden, dass mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) meine Fortbildungsdaten im erforderlichen Rahmen ausgetauscht werden.

#### Bitte beachten Sie:

- Ihr Antrag wird auf Grundlage des Punktekontostandes zum angegebenen Stichtag geprüft.  
Wenn Ihr Punktekonto derzeit noch nicht mindestens 250 Fortbildungspunkte ausweist, können Sie die Kopien der Teilnahmebestätigungen mit diesem Antrag einreichen.
- Das Fortbildungszertifikat hat, beginnend mit dem Stichtagsdatum, eine Gültigkeit von fünf Jahren (§ 9 Abs. 3 Fortbildungsordnung OPK). Während der Gültigkeitsdauer eines Fortbildungszertifikates wird kein weiteres Fortbildungszertifikat erteilt.
- Über die geforderte Anzahl von 250 Fortbildungspunkten hinaus nachgewiesene Fortbildungspunkte sind nicht auf den nachfolgenden Fortbildungszeitraum übertragbar.

Ort, Datum:

Unterschrift Antragsteller/in: