

Per Fax Nr. 030 887 259 53
 per E-Mail: bvvp-brandenburg@bvvp.de
 oder per Post an:
 bvvp-Brandenburg e.V.
 c/o. Praxis Stephan Alder
 Stephensonstraße 16
 14482 Potsdam

bvvp Brandenburg
 Geschäftsstelle
 c/o. Praxis Dr.
 Stephan Alder
 Stephensonstraße 16
 14471 Potsdam
 Tel. 0331 – 7409500
 Mobil: 0177 6575445
 Fax: 030 887 259 53
 bvvp-brandenburg@bvvp.de
 www.bvvp.de

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im bvvp Brandenburg e.V.

Titel	Name	Vorname	Geburtsdatum
Praxisanschrift: Straße		PLZ /	Ort
E-Mail	Telefon	Fax	
Zugehörig Kassenärztliche Vereinigung*		Niederlassung seit (Jahr)*	Zulassung seit (Jahr)*

Berufsgruppe*:	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> PsychologIn	<input type="checkbox"/> (Sozial-)PädagogIn	<input type="checkbox"/> Studierende/PiA/ PsychotherapeutIn in Weiterbildung**
Zulassung als*:	<input type="checkbox"/> FA/FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		<input type="checkbox"/> FA/FÄ für Psychiatrie u. Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Andere GebietsärztInnen
	<input type="checkbox"/> Psychologische/r PsychotherapeutIn (PP)	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsy- chotherapeutIn	<input type="checkbox"/> Ärztliche/r PsychotherapeutIn	<input type="checkbox"/> NeuropsychologIn
Status*:	Innerhalb der vertragspsycho- therapeutischen Versorgung: <input type="checkbox"/> Niedergelassen eigener Sitz <input type="checkbox"/> Niedergelassen Jobsharing <input type="checkbox"/> Angestellt in Praxis (z.B. Sicherstellungsassistenz) <input type="checkbox"/> Angestellt im MVZ		Außerhalb der vertragspsycho- therapeutischen Versorgung: <input type="checkbox"/> Angestellt in Institutsambulanz <input type="checkbox"/> Krankenhaus/Rehaklinik <input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	
Führungsfähige Zusatztitel bzw. Fachkunden*:	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> VT	<input type="checkbox"/> Systemische Th.
Abrechnungsgenehmigung für*:	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel <input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel <input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel <input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel <input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe

*freiwillige Angaben

** Bis Ende ihrer Ausbildungszeit beitragsfrei; Ausbildungsnachweis erforderlich.

