

Psychotherapeutenversorgungswerk
Geschäftsstelle
Neue Wiesen 3
30855 Langenhagen

Gesundheitsprüfung
für Mitglieder des Psychotherapeutenversorgungswerkes (PVW)
Chiffre _____ (vom PVW auszufüllen)

I. Angaben zum Mitglied (vom Mitglied auszufüllen):	
Name, akademischer Grad	Vorname
Geburtsdatum 	Mitgliedsnummer

Stempel des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten	Datum

II. Angaben zur Gesundheitsprüfung (vom behandelnden Arzt oder vom behandelnden Psychotherapeuten auszufüllen):

Informationen für den behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten:
Der Antragsteller ist Mitglied des PVW, eines berufsständischen Versorgungswerkes für Psychotherapeuten, und bittet um eine Beitragserhöhung bzw. um Wiederaufnahme in das Versorgungswerk. Wir bitten um medizinische Prüfung, ob Erkrankungen vorliegen, die auf das Erwerbsleben des Mitgliedes einen leistungsmindernden Einfluss haben oder haben könnten, auch speziell im Hinblick auf die Ausübung des Berufes des Psychotherapeuten. Deshalb erbitten wir vor allem Angaben über Funktionsstörungen und nicht nur über Diagnosen. Bitte fügen Sie ggf. Unterlagen als Kopien bei und verwenden Sie Anlageblätter bei weiterem Platzbedarf. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Frau Sieker (0511/475 48 25) oder schicken Sie uns eine E-Mail an info@p-v-w.eu .

2. Kann aus medizinischer oder psychotherapeutischer Sicht die Höher- oder Wiederversicherung empfohlen werden? Warum?

Ort/Datum	Unterschrift des behandelnden Arztes oder Psychotherapeuten
-----------	---