

Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses für
Psychotherapie Westfalen-Lippe
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6
44141 Dortmund



Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

E-Mail: ZA-Psychotherapie@KVWL.de
Fax: 0231 9432-86050

Antrag auf Verlegung des Standortes bei Genehmigung
zur Beschäftigung eines Therapeuten in einer Versorgerzweigpraxis

Antragsteller: Praxisinhaber / BAG / MVZ

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)/ des bestehenden MVZ

(N)BSNR:	
-----------------	--

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

Angaben zum angestellten Therapeuten

Name:

Vorname:

Titel (akad. Grad):

LANR:

**Facharztbezeichnung / Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung
Bei Psychologischen Psychotherapeuten: Approbation**

Angaben zum Antrag

Ich/Wir beantrage(n) die Verlegung des Standortes der uns erteilten Genehmigung zur Beschäftigung eines Therapeuten in einer Versorgerzweigpraxis

von:

PLZ:		Ort	
Straße:		Hausnummer:	

nach:

PLZ:		Ort	
Straße:		Hausnummer:	
mit Wirkung ab dem:			

(Bitte setzen Sie sich hinsichtlich der Änderung der Zweigpraxisgenehmigung mit der KVWL, Abteilung Bedarfsprüfung in Verbindung.)

Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV: (ggf. als Anlage beifügen)

Antragsgebühr

- Hiermit erkläre(n) ich/wir mein/unser Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) in Höhe von 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

Für Antragsteller, die bislang nicht im Bereich der KVWL zugelassen sind:

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 EUR wurde an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:

(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)

Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

Anlage

- Die schriftliche Nachtragsvereinbarung mit dem angestellten Therapeut ist als Anlage beigefügt.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Praxisinhabers/ aller Partner der BAG/ des Geschäftsführers des MVZ)