

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 Erhöhung des Beschäftigungsumfanges
eines angestellten Therapeuten nach § 95 Abs. 9 SGB V

**Antragsteller: Vertragspsychotherapeut / Berufsausübungsgemeinschaft /
MVZ**

| | |
|----------------------------|--|
| Name: | |
| Vorname: | |
| Titel (akad. Grad): | |

| |
|---|
| |
| oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (Sofern erfolgt entsprechend der Registereintragung) / 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 |

b) Ausschreibungsverfahren

- Die Erhöhung des Beschäftigungsumfanges erfolgt im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens
(**ausgeschriebener Vertragssitz**)

Übernahme der Praxis bzw. des Sitzes von

| | |
|----------------------------|--|
| Name: | |
| Vorname: | |
| Titel (akad. Grad): | |

Praxisanschrift:

| | | | |
|----------------|--|--------------------|--|
| PLZ: | | Ort: | |
| Straße: | | Hausnummer: | |

oder

| | |
|------------------------------------|--|
| Kennzahl der Ausschreibung: | |
|------------------------------------|--|

Nur auszufüllen bei sofortiger Verlegung im Ausschreibungsverfahren:

- Ich/Wir beantrage(n) die Verlegung des Vertragssitzes

nach:

| | | | |
|----------------|--|--------------------|--|
| PLZ: | | Ort: | |
| Straße: | | Hausnummer: | |

Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

oder

c) Nachbesetzungsverfahren

- Die Erhöhung des Beschäftigungsumfanges erfolgt im Rahmen der Nachbesetzung des bestehenden Angestelltenverhältnisses von

| | |
|----------------------------|--|
| Name: | |
| Vorname: | |
| Titel (akad. Grad): | |

- aufgrund dessen Reduzierung auf

| | |
|----------------------------|--|
| neue Wochenstunden: | |
|----------------------------|--|

oder

- aufgrund dessen Ausscheidens.

falls nicht bereits mitgeteilt:

- Hiermit zeige(n) ich/wir an, dass die Beschäftigung von

| | |
|----------------------------|--|
| Name: | |
| Vorname: | |
| Titel (akad. Grad): | |

als angestellte/r Therapeut(in)

| | |
|------------------------|--|
| mit Ablauf des: | |
|------------------------|--|

beendet wird/wurde.

Tätigkeitsort des angestellten Therapeuten

Hauptbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

Nebenbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

Anschrift :

Zweigpraxis

Umfang von (Wochenstunden):

Anschrift:

Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

Der Nachweis nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist als Anlage beigefügt.

Antragsgebühr

Bei Genehmigungen zur Anstellung eines Therapeuten im Rahmen einer Nachbesetzung (auch Erhöhung und Reduzierung des Beschäftigungs-umfangs bei Änderung des Faktors) beträgt die Gebühr **jeweils** 60,00 EUR.

Bei Anträgen in reaktivierten Planungsbereichen und im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens beträgt die Gebühr 120,00 EUR.

Sofern im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens die sofortige Verlegung des Sitzes beantragt wird entsteht eine **zusätzliche** Gebühr in Höhe von 120,00 EUR.

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

Anlagen

- schriftliche Nachtragsvereinbarung zum Arbeitsvertrag
- Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes
(Informationen hierzu finden Sie in den Erläuterungen zum Antrag.)

Bei zusätzlicher Beantragung einer Nebentätigkeit des angestellten Therapeuten:

- entsprechender Arbeitsvertrag mit Angaben über Art, Umfang und Tätigkeitsbeschreibung

Mit den Unterschriften wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben versichert.

(Ort, Datum)

Unterschrift des Praxisinhabers / Unterschriften **aller** Partner einer BAG (*Bei der eGbR ist die Unterschrift des Geschäftsführers ausreichend.*)

| Name, Vorname (In Druckbuchstaben) | Unterschrift |
|---------------------------------------|--------------|
| | |
| | |
| | |

Weitere BAG-Partner müssen in einer Anlage benannt werden.

Anlage
zum Antrag auf **Erhöhung des Beschäftigungsumfanges**
eines angestellten Therapeuten nach § 95 Abs. 9 SGB V
(vom angestellten Therapeuten auszufüllen)

Angaben zum angestellten Therapeuten

| | |
|----------------------------|--|
| Name: | |
| Vorname: | |
| Titel (akad. Grad): | |

Weitere Tätigkeiten neben der vertragstherapeutischen Versorgung

- Ich werde keine weitere Tätigkeit ausüben

- Es ist eine weitere Tätigkeit geplant bzw. eine bestehende Tätigkeit wird weiterhin ausgeübt (Vertrag und ggf. weitere Angaben bitte als Anlage beifügen).

| | |
|--------------------------------------|--|
| Name der Institution: | |
| in (Anschrift) | |
| im Umfang von (Wochenstunden) | |

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des angestellten Therapeuten)