



Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
**Team Bedarfsprüfung/Genehmigungen  
Psychotherapie**  
Robert-Schimrigk-Straße 4 – 6  
44141 Dortmund

**Tel.:** 0231/9432-9450  
**Fax:** 0231/9432-80450  
**E-Mail:** Bedarfspruefung-Psych@kvwl.de

## Mitteilung von Änderungen bei bereits genehmigter vertragspsychotherapeutischer Tätigkeit in einer Versorgerzweigpraxis\*/Zweigpraxis

\*Versorgerzweigpraxis= ausschließliche Tätigkeit am Standort der Zweigpraxis

Dieses Formular füllen Sie bitte bei folgenden Änderungen aus:

- personelle Zusammensetzung (gilt auch für Tätigwerden von Jobsharern)
- des Leistungsspektrums

Sofern die bereits genehmigte vertragspsychotherapeutische Tätigkeit in einer Zweigpraxis an einem anderen Standort ausgeübt werden soll, füllen Sie bitte das Formular „Antrag auf vertragspsychotherapeutische Tätigkeit an weiteren Orten außerhalb des Vertragspsychotherapeutensitzes (Zweigpraxis)“ aus.

**Name des Antragstellers<sup>1</sup>:**  
(Vertragspsychotherapeut, MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft)

### Änderung betrifft folgende (Versorger-)Zweigpraxis:

PLZ/Ort:

Straße/Nr.:

NBSNR:

### Änderungen in der (Versorger-)Zweigpraxis:

**Personelle Zusammensetzung (Punkt 1., 2.)**

**Leistungsspektrum (Punkt 2.)**

<sup>1</sup> Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird davon abgesehen, bei Fehlen einer geschlechtsneutralen Formulierung sowohl die männliche als auch weitere Formen anzuführen. Die in diesem Antrag gewählten männlichen Formulierungen gelten deshalb uneingeschränkt auch für die weiteren Geschlechter.

**1. Personelle Zusammensetzung:**

**Ausscheiden eines Psychotherapeuten (m/w/d) in der (Versorger-)Zweigpraxis:**

Name:

Vorname:

LANR:

**Reduzierung des Stundenumfanges eines Psychotherapeuten (m/w/d):**

Name:

Vorname:

LANR:

**Die Sprechzeiten am Vertragsarztsitz sind im Mitgliederportal gepflegt:**

Ja

Nein

**Sofern die Sprechzeiten am Vertragspsychotherapeutensitz bereits im Mitgliederportal gepflegt sind oder es sich um Änderungen in einer Versorgerzweigpraxis handelt, entfällt die Angabe der Sprechzeiten am Vertragspsychotherapeutensitz in diesem Antragsformular.**

**Sprechzeiten am Vertragspsychotherapeutensitz (Hauptstandort):**

		vormittags		nachmittags	
		von	bis	von	bis
<input type="checkbox"/>	Montag				
<input type="checkbox"/>	Dienstag				
<input type="checkbox"/>	Mittwoch				
<input type="checkbox"/>	Donnerstag				
<input type="checkbox"/>	Freitag				
<input type="checkbox"/>	Samstag				

**Sprechzeiten in der (Versorger-)Zweigpraxis:**

		vormittags		nachmittags	
		von	bis	von	bis
<input type="checkbox"/>	Montag				
<input type="checkbox"/>	Dienstag				
<input type="checkbox"/>	Mittwoch				
<input type="checkbox"/>	Donnerstag				
<input type="checkbox"/>	Freitag				
<input type="checkbox"/>	Samstag				

**Aufnahme eines weiteren Psychotherapeuten (m/w/d) oder Erhöhung des Stundenumfanges eines Psychotherapeuten (m/w/d):**

**Name:**

**Vorname:**

**LANR:**

**Das Leistungsspektrum ist unter Ziffer 2. anzugeben.**

**Die Sprechzeiten am Vertragsarztsitz sind im Mitgliederportal gepflegt:**

Ja

Nein

**Sofern die Sprechzeiten am Vertragspsychotherapeutensitz bereits im Mitgliederportal gepflegt sind oder es sich um Änderungen in einer Versorgerzweigpraxis handelt, entfällt die Angabe der Sprechzeiten am Vertragspsychotherapeutensitz in diesem Antragsformular.**

**Sprechzeiten am Vertragspsychotherapeutensitz (Hauptstandort):**

		vormittags		nachmittags	
		von	bis	von	bis
<input type="checkbox"/>	Montag				
<input type="checkbox"/>	Dienstag				
<input type="checkbox"/>	Mittwoch				
<input type="checkbox"/>	Donnerstag				
<input type="checkbox"/>	Freitag				
<input type="checkbox"/>	Samstag				

**Sprechzeiten in der (Versorger-)Zweigpraxis:**

		vormittags		nachmittags	
		von	bis	von	bis
<input type="checkbox"/>	Montag				
<input type="checkbox"/>	Dienstag				
<input type="checkbox"/>	Mittwoch				
<input type="checkbox"/>	Donnerstag				
<input type="checkbox"/>	Freitag				
<input type="checkbox"/>	Samstag				

**2. Leistungsspektrum:**

Name:

Vorname:

**Bitte ausführlich ggf. unter Angabe der EBM-Ziffern beschreiben (evtl. mit gesondertem Schreiben):**


\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des  
Vertragspsychotherapeuten/  
Vertretungsberechtigten der  
BAG/ des MVZs