

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 **Umwandlung** eines Anstellungsverhältnisses in eine
Zulassung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung

Antragsteller: Praxisinhaber oder Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

oder Name der Berufsausübungsgemeinschaft (Sofern erfolgt entsprechend der Registereintragung)

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

BSNR:			
Telefon:		FAX:	
E-Mail:			

Antragsart

Ich/Wir beantrage(n) die Umwandlung des Anstellungsverhältnisses in eine Zulassung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung für

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

LANR:	
--------------	--

mit Wirkung vom:	
-------------------------	--

Erklärung zur Datenerhebung

- Ich/Wir habe(n) zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde(n) ich/wir der KVWL mitteilen.

Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

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

Anlagen / Hinweise

Die Bearbeitung dieses Antrages ist nur bei gemeinsamer Einreichung des Antrages auf Zulassung des derzeit angestellten Therapeuten möglich.

- Der Antrag auf Zulassung zur Vertragstherapeutenpraxis des derzeit angestellten Arztes/Therapeuten ist beigefügt.
- Der Antrag auf Genehmigung zur Ausübung gemeinsamer vertragstherapeutischer Tätigkeit (BAG) ist beigefügt.
- Die Ausübung gemeinsamer vertragstherapeutischer Tätigkeit ist nicht geplant.
 - Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes
(Informationen hierzu finden Sie in den Erläuterungen zum Antrag.)

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des antragstellenden
Vertragstherapeuten / aller Partner der BAG
bzw. des Geschäftsführers der eGbR)