



Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Therapeuten
nach § 95 Abs. 9 SGB V in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

Teil 1 – (vom Geschäftsführer des MVZ auszufüllen)

**Angaben zum Antragsteller (Trägergesellschaft oder
Berufsausübungsgemeinschaft – sofern erfolgt entsprechend der
Registereintragung):**

Name:	
-------	--

PLZ:		Ort:	
Straße:		Haus- nummer:	

**Falls abweichend Angaben zur Betriebsstätte bzw. Angaben zur
Berufsausübungsgemeinschaft**

Name:	
-------	--

PLZ:		Ort:	
Straße:		Haus- nummer:	

BSNR:	
-------	--

Angaben zu dem / zu den Vertretungsberechtigten

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

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

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

Angaben zur beantragten Anstellung

Name des anzustellenden
Therapeuten:

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)
- Ärztliche(r) Psychotherapeut(in)
- Facharzt(ärztin) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt(ärztin) für Psychotherapeutische Medizin

Beschäftigungsbeginn:

Angaben zum Beschäftigungsumfang

Auch für angestellte Therapeuten gilt die Verpflichtung zur Abhaltung von Mindestsprechstundenzeiten (Faktor 1 = 25 Wochenstunden). Bitte berücksichtigen Sie dies bei der Vereinbarung der Arbeitszeit.

Faktor 0,25 mindestens 6 Stunden und 15 Minuten

Faktor 0,5 mindestens 12 Stunden und 30 Minuten

- Faktor 0,25 bis zu 10 Stunden pro Wochen
- Faktor 0,5 über 10 bis 20 Stunden pro Woche
- Faktor 0,75 über 20 bis 30 Stunden pro Woche
- Faktor 1 über 30 Stunden pro Woche

Bitte unbedingt genaue Stundenzahl angeben:

im Umfang von (Wochenstunden):

Angaben zum derzeitigen Standort

bisheriger Vertragspsychotherapeutensitz:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Nur auszufüllen bei sofortiger Verlegung des Vertragspsychotherapeutensitzes:

- Ich/Wir beantrage(n) die Verlegung des Vertragspsychotherapeutensitzes.

nach:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

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

Tätigkeitsort des anzustellenden 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 beträgt die Gebühr 120,00 EUR.

Sofern 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.

Bitte beachten Sie die Erläuterungen zu der Antragsstellung und unsere Antragsfristen.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ)

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Therapeuten
nach § 95 Abs. 9 SGB V in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)
- Teil 2 (vom anzustellenden Therapeuten auszufüllen)

Angaben zum anzustellenden Therapeuten

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Geburtsdatum:		Geburtsort:	
----------------------	--	--------------------	--

Wohnort:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
E-Mail:			

**Facharztbezeichnung und ggf. Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung
bei Psychologischen Psychotherapeuten: Approbation**

Ggf. LANR:	
-------------------	--

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)	

Bitte beachten Sie die Erläuterungen zur Antragstellung und unsere Antragsfristen.

Es wird darauf hingewiesen, dass nach der Gemeinsamen Notfalldienstordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe die Verpflichtung zur Teilnahme am organisierten Notfalldienst besteht.

Erklärung zur Datenerhebung:

- Ich habe 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 ich der KVWL mitteilen.

Anlagen

- Verzichtserklärung
- unterschriebener Lebenslauf
- schriftlicher Arbeitsvertrag mit dem Praxisinhaber / der Berufsausübungsgemeinschaft
- Ich erkläre an Eides statt, dass im beantragten Führungszeugnis keine Eintragung zu meinem Nachteil enthalten ist.
 - Sollte das Führungszeugnis zum Sitzungstermin noch nicht vorliegen, kann durch Abgabe der eidesstattlichen Erklärung ggf. eine Vertagung der Verhandlung des Zulassungsausschusses vermieden werden.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des anzustellenden
Therapeuten)

Anlage: Verzichtserklärung

Verzicht auf die Zulassung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung zugunsten der Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses an einem MVZ, bei einem Vertragstherapeuten/-arzt oder einer Berufsausübungsgemeinschaft

Hiermit verzichte ich auf meine Zulassung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung

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

in:

PLZ:		Ort:	
-------------	--	-------------	--

Straße:		Hausnummer:	
----------------	--	--------------------	--

ggf. Anschrift einer genehmigten Zweigpraxis / ausgelagerter Praxisräume

unter der Bedingung der bestandskräftigen Genehmigung der Anstellung als:

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)
- Ärztliche(r) Psychotherapeut(in)
- Facharzt(ärztin) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt(ärztin) für Psychotherapeutische Medizin

im Umfang von (Wochenstunden)	
--------------------------------------	--

In der Praxis / der BAG / des MVZ:

Name des Vertragstherapeuten, der BAG oder des MVZ:	
--	--

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
-------------	--	-------------	--

Straße:		Hausnummer:	
----------------	--	--------------------	--

(Ort, Datum)

Unterschrift des anzustellenden Therapeuten