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

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

Eingangsstempel des Zulassungsausschusses

Beendigung der Zulassung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	
LANR:	

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

PLZ:		**Ort:**			
Straße:				**Hausnummer:**	
BSNR:					
mit Ablauf des:					

☐ mit der Maßgabe der rechtskräftigen Zulassung/Anstellung eines Praxisnachfolgers für meinen Vertragstherapeutensitz/Praxisanteil

Wohnort nach Beendigung der vertragstherapeutischen Tätigkeit:(Sofern Sie in einer Einzelpraxis tätig sind, wird diese Adresse nach Beendigung Ihrer Tätigkeit ebenfalls von der KVWL für Schriftwechsel und Zustellungen verwendet.)

PLZ:		**Ort:**			
Straße:				**Hausnummer:**	

(Ort, Datum) Unterschrift