



Antrag auf **Ruhen** der Genehmigung
zur Anstellung eines Therapeuten nach § 26 Ärzte-ZV

**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 |

Tätigkeitsort des angestellten Therapeuten

Hauptbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

Nebenbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

Anschrift :

Zweigpraxis

Umfang von (Wochenstunden):

Anschrift:

Antragsart

Ich/Wir beantrage(n) das Ruhen der Genehmigung zur Anstellung eines Therapeuten

erstmalig

erneut

für den

Faktor 1

Faktor 0,75

Faktor 0,5

Faktor 0,25

für den Zeitraum

vom:

bis:

Begründung

Krankheit
(bei erstmaligem Antrag über 3 Monate **oder** Verlängerung des Ruhens bitte Attest beifügen)

Mutterschutz/Elternzeit

Es wird erklärt, dass die Elternzeit nicht länger als 36 Monate in Anspruch genommen wird

Weiterbildung

Pflege Angehöriger

Ggf. weitere Bemerkungen

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

Antragsgebühr

Hiermit erkläre(n) ich/wir mein/unser Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) in Höhe von 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

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

(Ort, Datum)

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

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

Weitere BAG-Partner müssen in einer Anlage benannt werden.