



Antrag auf **Institutsermächtigung**

zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von
Empfängern laufender Leistungen nach §2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die
Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder
sexueller Gewalt erlitten haben

Antragsteller

Träger:

Anschrift:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

Ansprechpartner:

Telefon:

FAX:

E-Mail:

Angaben zur beantragten Ermächtigung

**Name des Krankenhauses
/ der Einrichtung:**

ggf. Unterabteilung:

Anschrift:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

BSNR:

Die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung nach § 31 Ärzte-ZV wird wie folgt beantragt: (ggf. als Anlage beifügen)

als Erstermächtigung

als erneute Ermächtigung in dem bisher vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Leistungsumfang

Wirkungsdatum:	
-----------------------	--

Leistungsbezeichnung nach EBM	GOP/SNR				

Für Gruppentherapien oder andere außerordentlichen Leistungen müssen die entsprechenden Nachweise der Therapeuten beigelegt werden.

Antragsbegründung, die im Wesentlichen Ausführungen darüber enthalten sollte, dass die beantragte Ermächtigung im Hinblick auf eine ausreichende vertragsärztliche/-psychotherapeutische Versorgung der Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes notwendig ist (ggf. als Anlage beifügen).

Folgende Ärzte/Therapeuten werden im Rahmen der beantragten Institutsermächtigung tätig:

Titel, Vorname, Name	Fachgruppe: (PP, KJP oder ärztlicher Therapeut)	Ggf. LANR

Antragsgebühr

Hiermit erkläre ich mein 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.

Sofern eine Erstermächtigung beantragt wird, ist eine Abbuchung der 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung nicht möglich. Daher wird um Überweisung der Antragsgebühr gebeten.

<p>Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von <u>120,00 EUR</u> wurde an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:</p> <p>(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)</p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

Anlagen

- Beglaubigte Fotokopien der Approbationen und der Facharztanerkennungen/Fachkunden der aufgeführten Ärzte und Therapeuten (sofern diese nicht bei der Registerstelle der KVWL eingetragen sind) liegen als Anlagen bei.

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)