



Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
**Team Bedarfsprüfungen/Genehmigungen  
Psychotherapie**  
Robert-Schimrigk-Straße 4 – 6  
44141 Dortmund

**Tel.:** 0231/9432-9450  
**Fax:** 0231/9432-80450  
**E-Mail:** Bedarfspruefung-Psych@kvwl.de

## Antrag auf Genehmigung einer Vertretung

**Name des Antragstellers<sup>1</sup>:**  
(Vertragspsychotherapeut, MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft)

### Angaben der/des zu vertretenden Therapeutin/Therapeuten:

**Name:**

**Vorname:**

### Vertragspsychotherapeutensitz:

**PLZ/Ort:**

**Straße/Hausnr:**

**Telefon:**

**Geburtsdatum:**

**Fachgebiet(e):**

**Richtlinienverfahren:**

**Teilnahmeform:**

zugelassen

angestellt

<sup>1</sup> Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird davon abgesehen, bei Fehlen einer geschlechtsneutralen Formulierung sowohl die männliche als auch weitere Formen anzuführen. Die in diesem Antrag gewählten männlichen Formulierungen gelten deshalb uneingeschränkt auch für die weiteren Geschlechter.

## Grund der Vertretung:

Krankheit (ärztl. Attest o. AU anfügen)

Im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Entbindung (§ 32 Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV) voraussichtlicher Geburtstermin:

Erziehungszeit - Geburtstermin:

Erziehungszeit bereits in Anspruch genommen – bei angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind hier auch die Zeiten relevant, die bereits vom jeweils anderen Elternteil in Anspruch genommen wurden:

von:

bis:

Tod, Kündigung oder Freistellung eines Angestellten

Sonstiges (evtl. mit gesondertem Schreiben)

**Zeitraum:**

von:

bis:

**Umfang:**

Stunden pro Woche

Die zu vertretende Psychotherapeutin/der zu vertretende Psychotherapeut ist während der Vertretungszeit im folgenden Umfang weiterhin selber in der Praxis tätig:

Umfang:

Stunden pro Woche

## Art der Vertretung:

echte Vertretung (durch externen Vertreter in den eigenen Praxisräumen)

unechte Vertretung (durch Partner oder Angestellten)

**Angaben zum Vertreter/-in:****Name:****Vorname:****Geburtsdatum:****Fachgebiet(e)\*:****Richtlinienverfahren:**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift / Stempel des  
Vertragspsychotherapeuten/  
Vertretungsberechtigten der  
BAG/ des MVZs

\* Ggf. Approbation und Fachkundenachweis vorlegen