



<b>Anlage</b> zum Antrag <b>auf Reduzierung des Beschäftigungsumfanges</b> eines angestellten Therapeuten nach § 95 Abs. 9 SGB V (vom angestellten Therapeuten auszufüllen)
--

<b>Antragsteller: Vertragspsychotherapeut / Berufsausübungsgemeinschaft / MVZ</b>
---

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	

<b>oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft</b> (Sofern erfolgt entsprechend der Registereintragung) / <b>des bestehenden MVZ</b>

<b>(N)BSNR:</b>	
-----------------	--

Praxisanschrift:

<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

<b>Telefon:</b>		<b>FAX:</b>	
<b>E-Mail:</b>			

<b>Angaben zum angestellten Therapeuten</b>
---

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	

<b>LANR:</b>	
--------------	--

<b>Facharztbezeichnung / Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung Bei Psychologischen Psychotherapeuten: Approbation</b>

<b>Angaben zum Beschäftigungsumfang</b>
---

*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*

**Bitte unbedingt genaue Stundenzahl angeben:**

<b>bisheriger</b> im Umfang von (Wochenstunden):	
---	--

<b>zukünftiger</b> im Umfang von (Wochenstunden)	
---	--

Die **zukünftige** Stundenzahl entspricht:

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

<b>beabsichtigter Termin zur Änderung:</b>	
--	--

<b>Tätigkeitsort des angestellten Therapeuten</b>
---

**Hauptbetriebsstätte**

<b>Umfang von (Wochenstunden):</b>	
------------------------------------	--

**Nebenbetriebsstätte**

<b>Umfang von (Wochenstunden):</b>	
------------------------------------	--

<b>Anschrift :</b>	
--------------------	--

**Zweigpraxis**

<b>Umfang von (Wochenstunden):</b>	
------------------------------------	--

<b>Anschrift:</b>	
-------------------	--

## Antragsgebühr

Bei Beantragung der Genehmigungen zur Anstellung eines Therapeuten (auch Erhöhung und Reduzierung des Beschäftigungsumfangs bei Änderung des Faktors) beträgt die Gebühr 120,00 EUR.

Bei **gleichzeitiger** Beantragung und Beschlussfassung einer Reduzierung und Erhöhung der Beschäftigungsumfänge zweier angestellter Therapeuten (Wechsel der Beschäftigungsumfänge) ist eine Gebühr von einmalig 120,00 EUR zu zahlen.

- 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.

## Anlagen

- schriftliche Nachtragsvereinbarung zum Arbeitsvertrag

Bei zusätzlicher Beantragung einer Nebentätigkeit des angestellten Therapeuten:

- entsprechender Arbeitsvertrag mit Angaben über Art, Umfang und Tätigkeitsbeschreibung

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

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

Unterschrift des Praxisinhabers / Unterschriften **aller** Partner einer BAG (*Bei der eGbR 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.

Antrag auf **Reduzierung des Beschäftigungsumfanges**  
eines angestellten Therapeuten nach § 95 Abs. 9 SGB V

**Angaben zum angestellten Therapeuten**

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	

**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).

<b>Name der Institution:</b>	
<b>in (Anschrift)</b>	
<b>im Umfang von (Wochenstunden)</b>	

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

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des angestellten Therapeuten)