

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



Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

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

Antrag auf **Institutsermächtigung** zur Teilnahme an der
vertragstherapeutischen Versorgung

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 vertragstherapeutischen Versorgung nach § 31 Ärzte-ZV wird wie folgt beantragt: (ggf. als Anlage beifügen)

Ich beantrage die Institutsermächtigung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung

- nach § 31 Ärzte-ZV nach § 117 SGB V
- als Erstermächtigung zur Erbringung der nachstehend aufgeführten Leistungen.
- als erneute Ermächtigung in dem bisher vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Leistungsumfang.
- zu erweitern. Die Gebührenordnungspositionen sind nachstehend aufgeführt.

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

Leistungsbezeichnung nach EBM	GOP/SNR				

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

Antragsbegründung, die im Wesentlichen Ausführungen darüber enthalten sollte, dass die beantragte Ermächtigung im Hinblick auf eine ausreichende vertragspsychotherapeutische Versorgung der Versicherten notwendig ist (ggf. als Anlage beifügen).

Antragsgebühr

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 EUR wurde an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:

(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)

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

Anlagen (nur bei erstmaliger Beantragung bzw. neuen Ärzten/Therapeuten erforderlich):

- Beglaubigten Fotokopien der Approbationen und der Facharztanerkennungen/ Fachkunden der aufgeführten Ärzte und Therapeuten (sofern diese nicht im Arzt-/Psychotherapeutenregister der KVWL eingetragen sind) liegen als Anlage 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)