

An die

Tag des Eingangs des Antrages
(von der Geschäftsstelle auszufüllen)

Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses der Ärzte
und Krankenkassen für den
Regierungsbezirk Arnsberg I

Arnsberg II
Detmold
Münster

Robert-Schimrigk-Straße 4-6
44141 Dortmund

**Antrag auf Genehmigung gemeinsamer Ausübung
vertragsärztlicher Tätigkeit
(örtliche Gemeinschaftspraxis)**

Die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein von allen Partnern der zukünftigen Gemeinschaftspraxis unterschriebener Antrag (siehe folgend) sowie die Vorlage eines Gemeinschaftspraxisvertrages erforderlich.

1. Herr / Frau _____
oder
die Gemeinschaftspraxis _____

Fachgruppe(n): _____

und

2. Herr / Frau _____

Fachgruppe(n): _____

3. Weitere Antragsteller: (bitte gesondert aufführen)

beantragen mit Wirkung vom _____ die gemeinsame Ausübung
vertragsärztlicher Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis am
Vertragsarztsitz in _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gem. § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde ich der KVWL mitteilen.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass meine Zulassung im Vertragsarztverzeichnis der KVWL veröffentlicht wird.

(Ort, Datum)

(Unterschrift **aller** Antragsteller)