

An die
Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses
für Psychotherapie Westfalen-Lippe
Robert-Schimrigk-Straße 4 - 6
44141 Dortmund

Antrag auf Beschäftigung eines **angestellten Therapeuten als**

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)**
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)

gemäß § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V i. V. m. § 32 b Absatz 1 der Ärzte-ZV

Name des antragstellenden Therapeuten: _____

Praxisanschrift: _____

(Ort, Straße, Hausnummer) _____

Telefon: _____

beabsichtigter Beschäftigungsbeginn: _____

- beabsichtigter Beschäftigungsumfang: bis zu 10 Stunden pro Woche
 über 10 bis 20 Stunden pro Woche
 über 20 bis 30 Stunden pro Woche
 über 30 Stunden pro Woche

genaue Stundenzahl: _____ (bitte unbedingt angeben!)

Die Antragsgebühr gemäß § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,- EUR begleiche ich mit anliegender Abbuchungserklärung.

Etwaige
Bemerkungen: _____

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Antrag-
stellers (Praxisinhabers)

Angaben zum anzustellenden Therapeuten:

1. Vor- und Zuname, akad. Titel: _____
Wohnort, Straße/Nr.: _____
Telefon: privat _____ tagsüber: _____
Geb.-Datum: _____ Geb.-Ort: _____
-

2. Bisheriger Praxissitz:

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des anzu-
stellenden Therapeuten

Tag des Eingangs des Antrages
(von der Geschäftsstelle auszufüllen)

Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Beschäftigung eines angestellten Therapeuten i. S. des § 95 Abs. 9 SGB V i. V. m. § 32 b Absatz 1 der Ärzte-ZV sind gemäß § 1 Abs. 3 und § 18 Absatz 2 - 4 Ärzte-ZV nachstehende Unterlagen des angestellten Therapeuten beizufügen:

- Verzicht des anzustellenden Therapeuten auf die Zulassung zur vertragstherapeutischen Versorgung gemäß § 103 Abs. 4b SGB V
(liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 120,-- EUR vom Praxisinhaber. **Es wird um Verständnis gebeten, dass gemäß § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der gemäß § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.** (Kontonummer 2613123, BLZ 440 606 04, Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Dortmund)
- schriftlicher Arbeitsvertrag

Name, Vorname
(bitte Druckschrift)

Ort, Datum

An den
Zulassungsausschuss
für Psychotherapie Westfalen-Lippe
Robert-Schimrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund

**Verzicht auf die Zulassung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung
zugunsten der Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses bei einem
Vertragstherapeuten**

Hiermit verzichte ich mit Ablauf des _____ auf meine Zulassung zur
Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung

als _____

in _____
(postalische Anschrift)

unter der Bedingung der bestandskräftigen Genehmigung der Anstellung

als _____

in einem Umfang von _____ Stunden pro Woche oder ganztätigig

bei dem Vertragstherapeuten

(Name)

in _____
(Praxissitz)

(Unterschrift und Stempel)

Zulassungsausschuss für Psychotherapie Westfalen-Lippe

Anschrift:

Erklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die nach § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV entstandene Gebühr in Höhe von 120,- EUR von meiner Kassenabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

Ort, Datum

Unterschrift + Stempel

Buchhaltung

AKK Dortmund

erledigt am: _____