

Achtung:
Die Seiten 1-4 des Antrages aufgrund der elektronischen Erfassung bitte nur komplett einreichen !! Andernfalls ist eine Bearbeitung nicht möglich.

Tag des Eingangs des Antrages
(von der Geschäftsstelle auszufüllen)

**An die
Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses
für Psychotherapie Westfalen-Lippe
Robert-Schirrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund**

**Antrag auf
Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen
Versorgung in eigener Praxis**

1. Antragsteller

Titel (akad. Grad), Name Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde -

Wohnort (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

**2. Ich beantrage die Ermächtigung
zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung**

Praxis	
	(Straße, Nr.)
	(PLZ, Ort, Ortsteil, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

- in dem bisherigen, vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Leistungsumfang
- Erweiterungsantrag (Aufstellung der Gebührennummern auf Seite 4 des Antragsatzes)
- bitte entsprechend ankreuzen*

Antragsbegründung:

(die im wesentlichen Ausführungen darüber enthalten soll, worauf sich Ihre Auffassung stützt, dass die beantragte Ermächtigung im Hinblick auf eine ausreichende vertragstherapeutische Versorgung der Versicherten notwendig ist)

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

.....
(Stempel bzw. Druckschrift)

ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich ausdrücklich, dass ich im Falle der Ermächtigung an der ambulanten vertragstherapeutischen Versorgung alle Leistungen, die in meiner Ermächtigung enthalten sind, entsprechend den Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung aus vertragstherapeutischen Sicht (siehe anliegende Veröffentlichung WÄ 01/2004) **persönlich** erbringen werde.

Ort und Datum

Unterschrift

Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf erneute bzw. Erweiterung der Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antragsformular (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des Antragstellers hinsichtlich der persönlichen Leistungserbringung (liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 120,-- EUR. **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)
- Im Falle der Erweiterung der Ermächtigung bitten wir um Angabe aller Gebührennummern nach EBM, die im Rahmen der Ermächtigung zukünftig erbracht werden sollen (Formular liegt im Vordruck bei).
Sofern Leistungskomplexe beantragt werden: Einzelleistungen bitte den Komplexen zuordnen z. B: "einmalige konsiliarische Untersuchung" (Gebührennummer ...)
- Begründung, die im wesentlichen Ausführungen darüber enthalten soll, worauf sich die Auffassung stützt, dass die beantragte Ermächtigung im Hinblick auf eine ausreichende vertragstherapeutische Versorgung der Versicherten notwendig ist. Eine Bearbeitung des Antrages kann erst dann erfolgen, wenn diese Begründung vorliegt.