

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

**Antrag auf Ermächtigung zur Gründung einer Filiale gemäß § 24
Abs. 3 Ärzte-ZV zur Teilnahme
an der vertragstherapeutischen Versorgung**

als

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

1. Antragsteller

Titel (akad. Grad), Name

Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde -

Geburtsdatum

Tagsüber telefonische Erreichbarkeit

Aktuelle Praxisanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

für

(Anschrift der Filiale)

(Straße, Nr.)

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

zum

voraussichtl. Tätigkeitsaufnahme

Tätigkeitsumfang

Stunden pro Woche

Die Filiale befindet sich in den Räumlichkeiten einer Behörde, eines Krankenhauses o.ä.:

ja Name der Institution: _____

nein

2. Die Antragsgebühr gemäß § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,-- EUR habe ich am _____ der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe Dortmund, (Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, Konto-Nr. 2 613 123, BLZ 440 606 04) überwiesen.

Hinweis:

Die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb des Bezirks der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss.

Ort, Datum

Unterschrift

Tag des Eingangs des Antrages
(von der Geschäftsstelle auszufüllen)

Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Ermächtigung zur Gründung einer Filiale nachstehende Unterlagen beizufügen:

- einen aktuellen und vollständigen Auszug aus dem Arztregister
- 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.**