

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname  
(bitte Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

**Erklärung über die Beschränkung des Versorgungsauftrages gemäß § 19 a Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV im Rahmen der Zulassung zur Vertragsarztpraxis**

Hiermit erkläre ich mit Ablauf des \_\_\_\_\_ meine Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit auf die Hälfte des Versorgungsauftrages gemäß § 19 a Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV zu beschränken.

als

**Ärztliche(r) Psychotherapeut(in)**

**Facharzt(ärztin) für Psychotherapeutische Medizin**

in

\_\_\_\_\_  
(genaue Praxisanschrift)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift + Stempel)