

\_\_\_\_\_  
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 Vertragstherapeutenpraxis**

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

als

**Psychologische(r) Psychotherapeut(in)**

**Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)**

in

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

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