

An die

Tag des Eingangs des Antrages
(von der Geschäftsstelle auszufüllen)

Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses der Ärzte
und Krankenkassen für den
Regierungsbezirk Arnsberg I

Arnsberg II

Detmold

Münster

Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6
44141 Dortmund

<p align="center">Antrag auf Genehmigung gemeinsamer Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit bezogen auf einzelne Leistungen (Teilgemeinschaftspraxis)</p>

1. Herr / Frau _____

Fachgruppe(n): _____

Vertragsarztsitz: _____

und

2. Herr / Frau _____

Fachgruppe(n): _____

Vertragsarztsitz: _____

3. Weitere Leistungserbringer: S. gesonderte Aufstellung

Beantragen hiermit die Genehmigung der gemeinsamen Berufsausübung bezogen auf die nachfolgend aufgeführten einzelnen Leistungen gemäß § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ab

Leistungskatalog des Antragstellers zu 1.
(bitte Gebührennummern gemäß EBM angeben)

Gebührennummer	Leistungsbezeichnung nach EBM

Leistungskatalog des Antragstellers zu 2.
(bitte Gebührennummern gemäß EBM 2000plus angeben)

Gebührennummer	Leistungsbezeichnung nach EBM 2000plus

Leistungskatalog weitere Leistungserbringer s. gesonderte Aufstellung.
(bitte Gebührennummern gemäß EBM 2000plus angeben)

Die einzelnen Leistungen sollen unter folgender Anschrift

in einem Tätigkeitsumfang von _____ Stunden

pro Woche und pro Antragsteller erbracht werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift **aller** Antragsteller)