

An die

Fax: 0231 / 9432-3927

Geschäftsstelle des  
Zulassungsausschusses der  
Ärzte und Krankenkassen  
für den Regierungsbezirk

- Arnsberg I   
Arnsberg II   
Detmold   
Münster

Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund

Eingangsstempel des  
Zulassungsausschusses

## Vorabanfrage zur Verlegung eines Praxissitzes

Nach § 24 Absatz 7 Ärzte-ZV darf der Zulassungsausschuss den Antrag eines Vertragstherapeuten auf Verlegung seines Vertragssitzes nur genehmigen, wenn Gründe der vertragstherapeutischen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

### 1. Antragssteller

\_\_\_\_\_  
(Titel, Name, Vorname / Berufsausübungsgemeinschaft / MVZ)

\_\_\_\_\_  
(Wohnungsanschrift oder vorhandene Praxisanschrift)

\_\_\_\_\_  
(Fachgruppe)

\_\_\_\_\_  
(Betriebsstättennummer, sofern vorhanden)

### 2. Vorabanfrage für die:

- Verlegung des bisherigen Praxissitzes
- Verlegung eines Praxissitzes im Falle einer Praxisübernahme\*
  - hälftiger Versorgungsauftrag
  - voller Versorgungsauftrag

\*Praxisabgeber / Kennziffer : \_\_\_\_\_

### **3. Verlegung des Praxissitzes**

**von** (bisherige Praxisanschrift):

\_\_\_\_\_ (Straße und Hausnummer)

\_\_\_\_\_ (Postleitzahl und Ort)

**nach:**

\_\_\_\_\_ (Straße und Hausnummer)

\_\_\_\_\_ (Postleitzahl und Ort)

oder

**nach:**

\_\_\_\_\_ (Straße und Hausnummer)

\_\_\_\_\_ (Postleitzahl und Ort)

*(Bitte geben Sie für die Prüfung Ihrer Vorabanfrage mindestens die Postleitzahl und den entsprechenden Ortsteil an)*

#### **Begründung des Antrages**

*(Bitte begründen Sie Ihren Antrag bezogen auf die Versorgungssituation, ggf. mit gesondertem Schreiben. Persönliche Gründe können leider nicht berücksichtigt werden.)*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift