

An die

Fax: 0231 / 9432-86050

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

Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

Antrag auf Reduzierung des Beschäftigungsumfanges eines angestellten Therapeuten

Name des antragstellenden Therapeuten:

Name der Gemeinschaftspraxis des MVZ's: _____

Praxisanschrift (Ort, Straße, Hausnummer): _____

Telefon tagsüber: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name des angestellten Therapeuten: _____

Fachgebiet: _____

bisherige Stundenzahl: _____ (bitte unbedingt angeben!)

zukünftige Stundenzahl: _____ (bitte unbedingt angeben!)

Die zukünftige Stundenzahl entspricht
dem Anrechnungsfaktor:

- 0,25 (bis zu 10 Stunden pro Woche)
- 0,5 (über 10 bis 20 Stunden pro Woche)
- 0,75 (über 20 bis 30 Stunden pro Woche)
- 1,0 (über 30 Stunden pro Woche)

Beabsichtigter Änderungsbeginn: _____

Tätigkeitsort des anzustellenden Therapeuten:

- Hauptbetriebsstätte des Praxisinhabers mit _____ Stunden/Woche
- Zweigpraxis in _____ mit _____ Stunden/Woche
- Nebenbetriebsstätte _____ (bitte Anschrift angeben)

Andere Tätigkeit außerhalb der Anstellung

keine Tätigkeit

Nebentätigkeit*
(bitte mit gesondertem Schreiben beantragen!)

Ort, Umfang (Wochenstunden)

Ort und Datum

Unterschrift des anzustellenden Therapeuten

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift(en) des
Praxisinhaber/ der Gemeinschaftspraxis /
des MVZ

Zulassungsausschuss für Psychotherapie Westfalen-Lippe

Zulassungsausschuss
für Psychotherapie Westfalen-Lippe
44127 Dortmund

Praxisanschrift:

HNR:
Zweck:
Wirkungsdatum:

Erklärung

Hiermit wird das Einverständnis erklärt, dass die nach § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV entstandene Gebühr in Höhe 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

(Ort, Datum)

(Stempel/Unterschrift)

Nicht vom Antragssteller auszufüllen:

OP Nr.:

Geprüft und weitergeleitet an GB Finanzen: _____

Erledigt am : _____

Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Änderung des Beschäftigungsumfanges eines angestellten Therapeuten i. S. des § 95 Abs. 9 SGB V sind nach § 1 Abs. 3 und § 18 Abs. 2 - 4 Ärzte-ZV nachstehende Unterlagen beizufügen:

- Antragsgebühr in Höhe von 120,00 EUR vom Praxisinhaber. **Es wird um Verständnis gebeten, dass nach § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.**
- schriftliche Nachtragsvereinbarung mit dem Praxisinhaber bzw. mit der Gemeinschaftspraxis oder dem MVZ und dem angestellten Therapeuten
- *bei zusätzlicher Beantragung einer Nebentätigkeit ist der entsprechende Arbeitsvertrag mit Angaben über Art, Umfang und Tätigkeitsbeschreibung beizufügen

Bitte beachten!

Sofern geplant ist, eine weitere Tätigkeit neben der Anstellung (Nebentätigkeit) zu beantragen, sind nachstehende Unterlagen dem Antrag beizufügen:

- formloser Antrag auf weitere Tätigkeit mit Tätigkeitsbeschreibung, Umfang und Ort
- entsprechender Arbeitsvertrag (sofern vorhanden) für die geplante weitere Tätigkeit