

An die

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

Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

Antrag auf Ruhen der Anstellungsgenehmigung nach § 26 Ärzte-ZV

1. Antragssteller

(Name des Praxisinhabers/Name der Berufsausübungsgemeinschaft/Name des MVZ)

Praxisanschrift, Vertragssitz

(Straße und Hausnummer)

(Postleitzahl und Ort)

Betriebsstättennummer

2. Ich/Wir beantrage/n für

Name des angestellten Therapeuten: _____

LANR: _____

Fachgebiet: _____

- das erstmalige Ruhen der Anstellungsgenehmigung
- die Verlängerung des Ruhens der Anstellungsgenehmigung

Zeitraumes des Ruhens:

vom _____ bis zum _____

Tätigkeitsort des angestellten Therapeuten:

- Hauptbetriebsstätte _____
- Zweigpraxis in _____
- Nebenbetriebsstätte _____

(bitte Anschrift entsprechend angeben)

Begründung des Antrages

(Bitte Nachweise beifügen, z. B. Vorlage eines ärztlichen Attestes, aus dem sich die voraussichtliche Dauer der Erkrankung ergibt (nur bei Ruhen von mehr als 6 Monaten oder Verlängerung Ruhen); Bescheinigung bzgl. Schwangerschaft, aus der sich der voraussichtliche Geburtstermin ergibt, etc.)

- Krankheit
- Mutterschutz/Elternzeit
- Weiterbildung
- Pflege Angehöriger

3. Antragsgebühr

Die Antragsgebühr in Höhe von 120,00 € bitten wir mit beigefügter Abbuchungserklärung zu begleichen.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass nach § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der zu zahlenden Gebühr verhandelt wird

Hinweis:

Ich versichere, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend dem Zulassungsausschuss für Psychotherapie schriftlich mitzuteilen.

(Ort, Datum)

Stempel und Unterschrift des Praxisinhabers/
der Berufsausübungsgemeinschaft/des MVZs

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 von 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 : _____