

## Antrag auf Verlängerung der Frist zur Aufnahme der vertragstherapeutischen Tätigkeit nach § 19 Abs. 2 Ärzte-ZV

Eingangsstempel des ZA

### 1. Antragssteller

Titel, Name, Vorname, \_\_\_\_\_

Gemeinschaftspraxis, MVZ \_\_\_\_\_

Praxisanschrift:

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer:

### 2. Mit Beschluss

des Zulassungsausschusses vom \_\_\_\_\_ wurde die Genehmigung zur Anstellung der/des  
\_\_\_\_\_ mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ erteilt.

Die Frist zur Praxisaufnahme läuft am \_\_\_\_\_ ab.

### 3. Ich/Wir beantrage/n für

Name des angestellten Therapeuten: \_\_\_\_\_

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

LANR:

die Verlängerung der Frist zur Aufnahme der therapeutischen Tätigkeit bis zum \_\_\_\_\_.

Begründung des Antrages

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankheit (ärztliches Attest erforderlich)  | <input type="checkbox"/> Mutterschutz/Elternzeit |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildung   | <input type="checkbox"/> Pflege Angehöriger      |
| <input type="checkbox"/> Kündigung des bisherigen Beschäftigungsverhältnisses<br><small>(Kündigungsbestätigung erforderlich)</small> | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____        |

weitere Ausführungen (ggf. mit gesondertem Schreiben) \_\_\_\_\_

### 4. Antragsgebühr

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

Es wird darauf aufmerksam gemacht, 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 Ärzte und Krankenkassen schriftlich mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Praxisinhabers/der Partner der  
Gemeinschaftspraxis/des Geschäftsführers des MVZ

Anschrift

---

---

---

---

---

LANR: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_

OP-NR: \* \_\_\_\_\_

## ERKLÄRUNG

Hiermit wird das Einverständnis erklärt, dass die nach § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV entstandene Gebühr in Höhe von

**120,00 EUR**

von der Vertragsarzt abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

## GB Finanzen

erledigt am: \_\_\_\_\_

\* nicht vom Antragsteller auszufüllen