

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  
Institutermächtigung zur Teilnahme an der  
vertragpsychotherapeutischen Versorgung**

**1. Antragsteller**

Träger

Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.

Ansprechpartner

Tel.-Nr., Fax-Nr. (falls abweichend)

**2. Die Institutermächtigung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung wird beantragt für:**

<b>Name des Krankenhauses / der Einrichtung</b>	
	(ggfs. Unterabteilung)
	(Straße, Nr.)
	(PLZ, Ort, Ortsteil, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

Antrag auf Erst-Institutermächtigung

in dem bisher vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Leistungsumfang

Erweiterungsantrag (Aufstellung der Gebührennummern auf Seite 3 des Antrags)

*bitte entsprechend ankreuzen*

**Antragsbegründung:**

(die im Wesentlichen Ausführungen darüber enthalten soll, worauf sich die Auffassung stützt, dass die beantragte Institutsermächtigung im Hinblick auf eine ausreichende vertragspsychotherapeutische Versorgung der Versicherten notwendig ist)

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift, Stempel**

Geschäftsstelle des  
Zulassungsausschusses  
für Psychotherapie  
Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Straße 4 - 6  
44141 Dortmund

Antrag auf Institutsermächtigung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung

---

Die Institutsermächtigung wird beantragt nach § 31 Ärzte-ZV / § 117 SGB V (Nichtzutreffendes bitte streichen) zur Erbringung folgender Leistungen im Rahmen der vertragstherapeutischen Versorgung ab .....

Leistungskatalog  
(bitte Gebührennummern nach EBM angeben)

Gebührennummer	Leistungsbezeichnung nach EBM

Geschäftsstelle des  
Zulassungsausschusses  
für Psychotherapie  
Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Straße 4 - 6  
44141 Dortmund

**(Vom Krankenhausträger auszufüllen!)**

Antrag auf Institutsermächtigung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung

---

Folgende Ärzte/Therapeuten werden im Rahmen der ab .....beantragten  
Institutsermächtigung tätig:

<b>Name/Titel:</b>	<b>Facharztbezeichnung / Fachkundenachweis:</b>

---

**Stempel**

---

## Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Institutsermächtigung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antragsformular (liegt im Vordruck bei),
- Antragsgebühr in Höhe von 120,00 EUR. **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** (Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX).
- Angabe aller Gebührennummern nach EBM, die im Rahmen der Institutsermächtigung erbracht werden sollen (Formular liegt im Vordruck bei),
- Sofern Leistungskomplexe beantragt werden: Einzelleistungen bitte den Komplexen zuordnen z. B: "einmalige konsiliarische Untersuchung" (Gebührennummer ...),
- Begründung, die im Wesentlichen Ausführungen darüber enthalten soll, worauf sich die Auffassung stützt, dass die beantragte Institutsermächtigung im Hinblick auf eine ausreichende vertragstherapeutische Versorgung der Versicherten notwendig ist. Eine Bearbeitung des Antrages kann erst dann erfolgen, wenn diese Begründung vorliegt,
- Angabe der im Rahmen der Institutsermächtigung tätig werdenden Ärzte/Therapeuten (Seite 4), sowie Übersendung von Kopien der Approbationen und Facharztanerkennung / Fachkundenachweis dieser Ärzte/Therapeuten (sofern diese nicht bei der Registerstelle der KVWL eingetragen sind),

Hinweis:

Bei Bestandskraft wird eine Verwaltungsgebühr von € 400,00 fällig.

### **Achtung:**

**Die Seiten 1-4 des Antrages bitte nur komplett einreichen!! Andernfalls ist eine Bearbeitung nicht möglich.**