

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 Beschäftigung eines angestellten Therapeuten

nach § 95 Abs. 9 Satz 2 SGB V
in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)
nach vorherigem Verzicht auf die Zulassung

Name des antragstellenden MVZ: _____

Vertragssitz:
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name des anzustellenden Therapeuten: _____

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)
- Ärztliche(r) Psychotherapeut(in)
- Facharzt(ärztin) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt(ärztin) für Psychotherapeutische Medizin

beabsichtigter Beschäftigungsbeginn: _____

beabsichtigter Beschäftigungsumfang: bis zu 10 Stunden pro Woche
 über 10 bis 20 Stunden pro Woche
 über 20 bis 30 Stunden pro Woche
 über 30 Stunden pro Woche

genaue Stundenzahl: _____ (bitte unbedingt angeben!)

Tätigkeitsort des angestellten Therapeuten:

- Hauptbetriebsstätte des MVZ mit _____ Stunden/Woche
- Zweigpraxis / Versorgerzweigpraxis in _____ mit _____ Stunden/Woche
- ggf. weitere Zweigpraxen / Versorgerzweigpraxen (bitte gesondert aufführen)

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,-- EUR wird mit anliegender Abbuchungserklärung beglichen.

Etwaige Bemerkungen:

Ort und Datum

Unterschrift des/der
Geschäftsführungsbefugten des MVZ

Angaben zum anzustellenden Therapeuten:

1. Personalien

Vor- und Zuname, akad. Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort _____

Wohnort, Straße u. Hausnummer: _____

Telefon: privat: _____ tagsüber: _____

E-Mail-Adresse: _____

Geschlecht: männlich weiblich

2. Bisheriger Vertragssitz:

3. Andere Tätigkeit außerhalb der beantragten Anstellung

keine Tätigkeit

Nebentätigkeit
(bitte mit gesondertem Schreiben beantragen!)

Ort, Umfang (Wochenstunden)

Ort und Datum

Unterschrift des anzustellenden
Therapeuten

An die:

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

Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

Verzicht auf die Zulassung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugunsten der Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses in einem Medizinischen Versorgungszentrum

Name des antragstellenden Therapeuten: _____

Hiermit verzichte ich mit Ablauf des _____ auf meine Zulassung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung unter der Bedingung der bestandskräftigen Genehmigung der Anstellung

- als
- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)
 - Ärztliche(r) Psychotherapeut(in)
 - Facharzt(ärztin) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 - Facharzt(ärztin) für Psychotherapeutische Medizin

in _____
(postalische Anschrift)

(Anschrift evtl. genehmigter Zweigpraxen bzw. ausgelagerter Praxisräume)

in einem Umfang von _____ Stunden pro Woche **oder** ganztägig

beim Medizinischen Versorgungszentrum

(Name)

in _____
(Vertragssitz)

(Unterschrift und Stempel)
(Unterschrift und Stempel)

Erklärung

im Sinne von §§ 20, 21 Ärzte-ZV

Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht war. Ich erkläre weiter, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nicht unterzogen habe und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des psychotherapeutischen Berufes nicht entgegenstehen.

Ich erkläre, dass ich ab Aufnahme der Tätigkeit in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung persönlich und im angegebenen Umfang für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehe.

Ich habe zur Zeit keine anerkannte Schwerbeschädigung.

Falls ja:

Minderung der Erwerbsfähigkeit von _____ %

ausgestellt vom Versorgungsamt _____

Ort, Datum

Unterschrift

Nur von Ärztlichen Psychotherapeuten / Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ausfüllen

Name
(Stempel oder Druckschrift)

Ich erkläre, dass ich nach der "Gemeinsamen Notfalldienstordnung" der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in der jeweils gültigen Fassung am organisierten ärztlichen Notfalldienst teilnehmen werde.

Ort, Datum

Unterschrift

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 : _____

Erläuterungen für die Antragstellung

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

- Verzicht des anzustellenden Therapeuten auf die Zulassung zur Vertragspraxis nach § 103 Abs. 4b SGB V (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des angestellten Therapeuten hinsichtlich der Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung hinsichtlich Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nach § 18 Absatz 2 Nr.5 Ärzte-ZV (liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 120,- 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.**
- schriftlicher Arbeitsvertrag mit dem Medizinischen Versorgungszentrum

Bitte beachten!

Sofern geplant ist, den Praxissitz sofort zu verlegen, sind nachstehende Unterlagen dem Antrag beizufügen:

- Antrag auf Verlegung mit ausführlicher Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV
- Antragsgebühr in Höhe von 120,- 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)**

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

Hinweis:

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