

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

Eingangsstempel des  
Zulassungsausschusses

## Antrag auf Verlegung eines Praxissitzes

Nach § 24 Absatz 7 Ärzte-ZV darf der Zulassungsausschuss den Antrag eines Vertragstherapeuten auf Verlegung seines Vertragstherapeutensitzes nur genehmigen, wenn Gründe der vertragstherapeutischen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

Praxisverlegungen sind grundsätzlich anzeige- **und** genehmigungspflichtig und vor erfolgtem Umzug durch den Zulassungsausschuss für Psychotherapie zu bescheiden.

### 1. Antragssteller

(Titel, Name, Vorname / Name der Berufsausübungsgemeinschaft / Name des MVZ)

- Psychologischer Psychotherapeut(in)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)
- Ärztlicher Psychotherapeut(in)
- Facharzt(ärztin) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt(ärztin) für Psychotherapeutische Medizin

#### Richtlinienverfahren:

- Verhaltenstherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie

*(Sofern Sie nicht im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe eingetragen sind, reichen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis bezüglich des Richtlinienverfahrens ein.)*

Praxisanschrift, Vertragssitz

\_\_\_\_\_  
(Straße und Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl und Ort)

Betriebsstättennummer

\_\_\_\_\_

## **2. Antrag auf:**

- Verlegung des bisherigen Praxissitzes
- Verlegung eines Praxissitzes im Falle einer Praxisübernahme\*
  - hälftiger Versorgungsauftrag
  - voller Versorgungsauftrag

\*Praxisabgeber / Kennziffer : \_\_\_\_\_

mit Wirkung vom \_\_\_\_\_

## **3. Verlegung des Praxissitzes**

von (bisherige Praxisanschrift):

\_\_\_\_\_

(Straße und Hausnummer)

\_\_\_\_\_

(Postleitzahl und Ort)

nach:

\_\_\_\_\_

(Straße und Hausnummer)

\_\_\_\_\_

(Postleitzahl und Ort)

*(Bitte geben Sie für die Prüfung und Entscheidung Ihres Antrages die komplette zukünftige Praxisanschrift mit PLZ, Ort, Straße und Hausnummer, an.)*

## **4. Begründung des Antrages:**

*(Bitte begründen Sie Ihren Antrag bezogen auf die Versorgungssituation, ggf. mit gesondertem Schreiben. Persönliche Gründe können leider nicht berücksichtigt werden.)*

## **5. Antragsgebühr**

Die Antragsgebühr in Höhe von 120,00 € bitten wir mit beigefügter Abbuchungserklärung zu begleichen. **(Nur sofern der eigene Praxissitz verlegt wird.)**

oder

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,- EUR habe ich am \_\_\_\_\_ der Kassenärztlichen Vereinigung (Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX) überwiesen.

**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 Antragsstellers /  
der Berufsausübungsgemeinschaft / des MVZs

# Zulassungsausschuss für Psychotherapie Westfalen-Lippe

---

## 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 Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

---

(Ort, Datum)

---

(Stempel/Unterschrift)

GB Finanzen

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

**\*(nicht vom Antragsteller auszufüllen)**