

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

Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

Vorabanfrage zur Verlegung eines Praxissitzes

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

1. Antragssteller

(Titel, Name, Vorname / Berufsausübungsgemeinschaft / MVZ)

(Wohnungsanschrift oder vorhandene Praxisanschrift)

(Betriebsstättennummer, sofern vorhanden)

- 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.)

2. Vorabanfrage für die:

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

*Praxisabgeber / Kennziffer : _____

3. Verlegung des Praxissitzes

von (bisherige Praxisanschrift):

(Straße und Hausnummer)

(Postleitzahl und Ort)

nach:

(Straße und Hausnummer)

(Postleitzahl und Ort)

oder

nach:

(Straße und Hausnummer)

(Postleitzahl und Ort)

(Bitte geben Sie für die Prüfung Ihrer Vorabanfrage mindestens die Postleitzahl und den entsprechenden Ortsteil an)

Begründung des Antrages

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

Datum

Unterschrift