

An die

Fax: 0231 / 9432-86050

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

Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

**Erklärung über die Beschränkung des Versorgungsauftrages nach
§ 19a Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV**

Name des Therapeuten: _____

Hiermit erkläre ich, frühestens mit Ablauf des _____ meine Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit auf die Hälfte des Versorgungsauftrages nach § 19 a Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV zu beschränken, **mit der Maßgabe der rechtskräftigen Zulassung eines Praxisnachfolgers für meinen Vertragssitz / Praxisanteil**

- 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 _____
(genaue Praxisanschrift)

(Datum, Unterschrift + Stempel)