

An die

Fax: 0231 / 9432-86050

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

Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

Beendigung der Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit

Name des Therapeuten: _____

Hiermit verzichte ich frühestens mit Ablauf des _____ auf meine
Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit, **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)

Nach Beendigung der vertragstherapeutischen Versorgung wird meine Privatanschrift
wie folgt lauten:

(Ort + Datum)

(Unterschrift + Stempel)