

An die

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

Eingangsstempel des  
Zulassungsausschusses

## Antrag auf Umwandlung eines Anstellungsverhältnisses in eine Zulassung zur Vertragspraxis

Name des antragstellenden Vertragstherapeuten: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_  
(Ort, Straße, Hausnummer)

### Ich beantrage

1. die Umwandlung des Anstellungsverhältnisses in eine Zulassung und Beendigung der Anstellungsgenehmigung für:

\_\_\_\_\_ mit Ablauf des \_\_\_\_\_  
(Name des bisher ang. Therapeuten) (Datum)

2. Übernahme der Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag sowie Aufhebung der Beschränkung auf einen hälftigen Versorgungsauftrag nach § 19 a Abs. 3 Ärzte-ZV mit Wirkung vom \_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

## Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Übernahme des hälftigen Versorgungsauftrages bzw. der Aufhebung der Beschränkung auf einen hälftigen Versorgungsauftrag sind gemäß § 18 Ärzte-ZV nachstehende Unterlagen beizufügen:

- Erklärung über ein bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder Ausübung einer sonstigen nicht ehrenamtlichen Tätigkeit (liegt im Vordruck bei)  
Sofern eine Nebentätigkeit beantragt oder fortgesetzt wird, bitte in einem gesondertem Schreiben erläutern und begründen!
- Erklärung des Antragstellers hinsichtlich der Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst (liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 100,-- EUR.  
**Es wird um Verständnis gebeten, dass gem. § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der gemäß § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.**

\_\_\_\_\_  
Name  
(Stempel oder Druckschrift)

1. Ich erkläre hiermit, 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.
  
2. Ich erkläre hiermit, dass ich zurzeit in **einem / keinem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit in einem Umfang von \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche/Vollzeit stehe.

Das Beschäftigungsverhältnis ist mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ gekündigt worden.

Sollten sich im Hinblick auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses Änderungen ergeben, ist der Zulassungsausschuss für Ärzte schriftlich davon in Kenntnis zu setzen.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift