

An die

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

Eingangsstempel des  
Zulassungsausschusses

**Antrag auf Ruhen der Zulassung zur  
zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung  
nach § 26 Ärzte-ZV**

**1. Antragsteller**

\_\_\_\_\_  
(Titel, Name, Vorname)

**2. Ich beantrage:**

- das erstmalige Ruhen der Zulassung
- die Verlängerung des Ruhens der Zulassung

zur vertragstherapeutischen Versorgung 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

für einen  vollen Versorgungsauftrag

oder

hälftigen Versorgungsauftrag

Praxisanschrift, Vertragssitz

\_\_\_\_\_  
(Straße und Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort, Ortsteil

Betriebsstättennummer

\_\_\_\_\_

**Zeitraumes des Ruhens:**

vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

**Begründung des Antrages**

*(Bitte Nachweise beifügen, z. B. Vorlage eines ärztlichen Attestes, aus dem sich die voraussichtliche Dauer der Erkrankung ergibt (nur bei Ruhen von mehr als 6 Monaten oder Verlängerung Ruhen); Bescheinigung bzgl. Schwangerschaft, aus der sich der voraussichtliche Geburtstermin ergibt, etc.)*

- Krankheit
- Mutterschutz/Elternzeit
- Weiterbildung
- Pflege Angehöriger

etwaige weitere Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

**3. Öffnungszeiten (NUR bei häftigem Ruhen der Zulassung erforderlich)**

Während des Zeitraums des häftigen Ruhens werde ich wie folgt vertragstherapeutisch tätig sein:

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	vormittags von                      bis		nachmittags von                      bis	
Tätigkeitsumfang in Stunden pro Woche: _____										

**4. Antragsgebühr**

Die Antragsgebühr nach § 46 c 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 und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des antragstellenden Vertragstherapeuten