

An die

Fax: 0231 / 9432-86050

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

Eingangsstempel des  
Zulassungsausschusses

**Antrag auf Ermächtigung zur Gründung einer Zweigpraxis  
nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV zur Teilnahme  
an der vertragspsychotherapeutischen 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

**1. Antragsteller**

\_\_\_\_\_  
Titel (akad. Grad), Name

\_\_\_\_\_  
Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde -

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Tagsüber telefonische Erreichbarkeit

\_\_\_\_\_  
Aktuelle Praxisanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

**für**

\_\_\_\_\_  
(Anschrift der Zweigpraxis)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Nr.)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort, Ortsteil, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

**zum**

\_\_\_\_\_  
voraussichtliche Tätigkeitsaufnahme

**Tätigkeitsumfang**

\_\_\_\_\_  
Stunden pro Woche

Die Zweigpraxis befindet sich in den Räumlichkeiten einer Behörde, eines Krankenhauses o.ä.:

ja Name der Institution: \_\_\_\_\_

nein

**Sprechzeiten der Zweigpraxis:**

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Vormittag von	bis	Nachmittag von	bis

Entfernung zwischen Vertragssitz und Zweigpraxis: \_\_\_\_\_  
(Kilometer und Fahrzeit)

Leistungsspektrum:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In der Zweigpraxis sollen folgende Vertragspsychotherapeuten bzw. angestellte Psychotherapeuten tätig werden (**separate Antragstellung zur Anstellung erforderlich**):

Name:  
\_\_\_\_\_

Fachgebiet:  
\_\_\_\_\_

**Begründung des Antrages**  
**(Bitte begründen Sie Ihren Antrag bezogen auf die Versorgungssituation,  
ggf. mit gesondertem Schreiben.):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,-- EUR habe ich am \_\_\_\_\_ der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe Dortmund, (Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX) überwiesen.

**Hinweis:**

Die Ausübung vertragspsychotherapeutischer Tätigkeit in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung außerhalb des Bezirks der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss.

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

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

## Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Ermächtigung zur Gründung einer Zweigpraxis nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV sind nachstehende Unterlagen beizufügen:

- einen aktuellen und vollständigen Auszug aus dem Arztregister
- Antragsgebühr in Höhe von 120,-- EUR. **Es wird um Verständnis gebeten, dass nach § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.** (Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX)

Hinweis:

Bei Bestandskraft wird eine Verwaltungsgebühr von € 400,00 fällig.