

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



Eingangsstempel des  
Zulassungsausschusses

E-Mail: [ZA-Psychotherapie@KVWL.de](mailto:ZA-Psychotherapie@KVWL.de)  
Fax: 0231 9432-86050

**Antrag auf Verlegung des Standortes** bei Genehmigung  
zur Beschäftigung eines Therapeuten in einer Versorgerzweigpraxis

**Antragsteller: Praxisinhaber / BAG / MVZ**

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	

<b>oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)/ des bestehenden MVZ</b>

<b>(N)BSNR:</b>	
-----------------	--

Praxisanschrift:

<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

<b>Telefon:</b>		<b>FAX:</b>	
-----------------	--	-------------	--

<b>E-Mail:</b>	
----------------	--

## Angaben zum angestellten Therapeuten

Name:

Vorname:

Titel (akad. Grad):

LANR:

**Facharztbezeichnung / Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung  
Bei Psychologischen Psychotherapeuten: Approbation**

## Angaben zum Antrag

Ich/Wir beantrage(n) die Verlegung des Standortes der uns erteilten Genehmigung zur Beschäftigung eines Therapeuten in einer Versorgerzweigpraxis

von:

<b>PLZ:</b>		<b>Ort</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

nach:

<b>PLZ:</b>		<b>Ort</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	
<b>mit Wirkung ab dem:</b>			

(Bitte setzen Sie sich hinsichtlich der Änderung der Zweigpraxisgenehmigung mit der KVWL, Abteilung Bedarfsprüfung in Verbindung.)

**Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV: (ggf. als Anlage beifügen)**


## Antragsgebühr

- Hiermit erkläre(n) ich/wir mein/unser Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) in Höhe von 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

### Für Antragsteller, die bislang nicht im Bereich der KVWL zugelassen sind:

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 EUR wurde an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:

(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)

Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

## Anlage

- Die schriftliche Nachtragsvereinbarung mit dem angestellten Therapeut ist als Anlage beigefügt.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Praxisinhabers/ aller Partner der BAG/ des Geschäftsführers des MVZ)