



**Antrag**  
auf Verlegung des Vertragstherapeutensitzes

**Antragsteller: Praxisinhaber<sup>1</sup>**

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

Postanschrift:

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

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

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

<b>BSNR:</b>	
--------------	--

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)
- Ärztliche(r) Psychotherapeut(in)
- Facharzt(ärztin) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt(ärztin) für Psychotherapeutische Medizin

**<sup>1</sup>Dieser Antrag ist von jedem zugelassenen Vertragspsychotherapeuten in der Praxis sowie für jeden angestellten Psychotherapeuten zu stellen.**

**Sofern mehrere Sitze verlegt werden sollen (z. B. alle Psychotherapeuten einer Berufsausübungsgemeinschaft), kann dies entweder für jeden Psychotherapeuten einzeln oder formlos mit allen Angaben aus diesem Formular erfolgen. Bitte beachten Sie, dass für jeden zugelassenen oder angestellten Therapeuten in der Praxis eine Gebühr in Höhe von 120,00 EUR zu entrichten ist. Eine Antragstellung und Genehmigung für Assistenten (zur Entlastung, zur Weiterbildung, als Übergangslösung) ist nicht erforderlich.**

## Angaben zum Antrag

Ich beantrage die Verlegung des Therapeutensitzes

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>	

(Bitte geben Sie für die Prüfung und Entscheidung Ihres Antrages die komplette zukünftige Praxisanschrift mit PLZ, Ort, Straße und Hausnummer an.)

mit Wirkung ab dem:

**Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV: (ggf. als Anlage beifügen) Persönliche Gründe können nicht berücksichtigt werden.**

## 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.

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

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

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift)