



Antrag auf Erhöhung des Beschäftigungsumfanges
eines angestellten Therapeuten nach § 95 Abs. 9 SGB V

Antragsteller: Vertragspsychotherapeut / BAG / MVZ

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)/ des bestehenden MVZ

(N)BSNR:	
-----------------	--

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

Angaben zum angestellten Therapeuten

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	
LANR:	

b) Ausschreibungsverfahren

- Die Erhöhung des Beschäftigungsumfanges erfolgt im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens
(ausgeschriebener Vertragssitz)

Übernahme der Praxis bzw. des Sitzes von

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

oder

Kennzahl der Ausschreibung:	
------------------------------------	--

Nur auszufüllen bei sofortiger Verlegung im Ausschreibungsverfahren:

- Ich/Wir beantrage(n) die Verlegung des Vertragssitzes

nach:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV:

oder

c) Nachbesetzungsverfahren

- Die Erhöhung des Beschäftigungsumfanges erfolgt im Rahmen der Nachbesetzung des bestehenden Angestelltenverhältnisses von

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

- aufgrund dessen Reduzierung auf

neue Wochenstunden:	
----------------------------	--

oder

- aufgrund dessen Ausscheidens.

falls nicht bereits mitgeteilt:

- Hiermit zeige(n) ich/wir an, dass die Beschäftigung von

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

als angestellte/r Therapeut(in)

mit Ablauf des:	
------------------------	--

beendet wird/wurde.

Tätigkeitsort des angestellten Therapeuten

- Hauptbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):	
------------------------------------	--

- Nebenbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):	
------------------------------------	--

Anschrift :	
--------------------	--

- Zweigpraxis

Umfang von (Wochenstunden):	
------------------------------------	--

Anschrift:	
-------------------	--

Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung:

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

- Der Nachweis nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist als Anlage beigefügt.

Antragsgebühr

Bei Genehmigungen zur Anstellung eines Therapeuten im Rahmen einer Nachbesetzung (auch Erhöhung und Reduzierung des Beschäftigungs-umfangs bei Änderung des Faktors) beträgt die Gebühr **jeweils** 60,00 EUR.

Bei Anträgen in reaktivierten Planungsbereichen und im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens beträgt die Gebühr 120,00 EUR.

Sofern im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens die sofortige Verlegung des Sitzes beantragt wird entsteht eine **zusätzliche** Gebühr in Höhe von 120,00 EUR.

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

Anlagen

- schriftliche Nachtragsvereinbarung zum Arbeitsvertrag
- Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes
(Informationen hierzu finden Sie in den Erläuterungen zum Antrag.)

Bei zusätzlicher Beantragung einer Nebentätigkeit des angestellten Therapeuten:

- entsprechender Arbeitsvertrag mit Angaben über Art, Umfang und Tätigkeitsbeschreibung

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

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift des
Praxisinhabers / **aller** Partner der BAG)

Anlage
zum Antrag auf **Erhöhung des Beschäftigungsumfanges**
eines angestellten Therapeuten nach § 95 Abs. 9 SGB V
(vom angestellten Therapeuten auszufüllen)

Angaben zum angestellten Therapeuten

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Weitere Tätigkeiten neben der vertragstherapeutischen Versorgung

- Ich werde keine weitere Tätigkeit ausüben

- Es ist eine weitere Tätigkeit geplant bzw. eine bestehende Tätigkeit wird weiterhin ausgeübt (Vertrag und ggf. weitere Angaben bitte als Anlage beifügen).

Name der Institution:	
in (Anschrift)	
im Umfang von (Wochenstunden)	

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des angestellten Therapeuten)