



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

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:	

Antragsgebühr

Bei Beantragung der Genehmigungen zur Anstellung eines Therapeuten (auch Erhöhung und Reduzierung des Beschäftigungsumfangs bei Änderung des Faktors) beträgt die Gebühr 120,00 EUR.

Bei **gleichzeitiger** Beantragung und Beschlussfassung einer Reduzierung und Erhöhung der Beschäftigungsumfänge zweier angestellter Therapeuten (Wechsel der Beschäftigungsumfänge) ist eine Gebühr von einmalig 120,00 EUR zu zahlen.

- 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

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)

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

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

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)