

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 Genehmigung gemeinsamer Ausübung  
vertragstherapeutischer Tätigkeit**

- in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
- an KV-übergreifenden Vertragstherapeutenstellen

**Antragsteller: Praxisinhaber / BAG / MVZ**

**Name:**

**Vorname:**

**Titel (akad. Grad):**

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

**Facharztbezeichnung/en und ggf. Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung  
bei Psychologischen Psychotherapeuten: Approbation**

Praxisanschrift:

**PLZ:**

**Ort:**

**Straße:**

**Hausnummer:**

**BSNR:**

und

**Name:**

**Vorname:**

**Titel (akad. Grad):**

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

<b>Facharztbezeichnung/en und ggf. Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung Bei Psychologischen Psychotherapeuten: Approbation</b>

Praxisanschrift:

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

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

Weitere Antragsteller bitte ergänzen (ggf. in einer Anlage):

Die o.g. Teilnehmer beantragen die gemeinsame Ausübung vertragstherapeutischer Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit den o.g. Vertragstherapeuten sitzen

<b>mit Wirkung ab dem:</b>	
----------------------------	--

### Angaben zu den Standorten

Hauptbetriebsstätte: (Hinweise hierzu finden Sie in den Erläuterungen zum Antrag)

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

<b>Entfernung der Therapeutenitze in km:</b>	
--	--

### Nur für Antragsteller, die in einem anderen KV-Bereich niedergelassen sind zur Gründung einer KV-bereichsübergreifenden BAG

Ein aktueller und vollständiger Auszug aus dem Arzt-/Therapeutenregister ist beigelegt.

### Erklärung zur Datenerhebung

Ich/Wir habe(n) zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde(n) ich/wir der KVWL mitteilen.

## Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

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

## Antragsgebühr

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene Gebühr 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.

## Anlagen

Ein von allen zukünftigen Partnern unterschriebener BAG-Vertrag

- ist beigefügt.

- wird aufgrund des Verwandtschaftsverhältnisses nicht abgeschlossen.

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

Bitte beachten Sie die [Erläuterungen](#) zu der Antragsstellung und unsere [Antragsfristen](#).

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)