

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



Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

E-Mail: ZA-Psychotherapie@KVWL.de
Fax: 0231 9432-86050

**Antrag auf Genehmigung gemeinsamer Ausübung
vertragstherapeutischer Tätigkeit - örtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)**

Antragsteller: Vertragspsychotherapeut oder Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

oder Name der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

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 Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

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

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

BSNR:	
--------------	--

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

beantragen die gemeinsame Ausübung vertragstherapeutischer Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft in:

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Mit Wirkung ab dem:	
----------------------------	--

Nur bei Verlegung eines Praxissitzes (bitte nutzen Sie das Antragsformular)

- Der Antrag auf Verlegung des Praxissitzes mit ausführlicher Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV ist beigefügt.

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 beigelegt.
- wird spätestens 14 Tage vor dem Sitzungstermin des ZA eingereicht.
- 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.)

Mit unseren Unterschriften versichern wir die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

(Ort, Datum)

(Unterschriften **aller** Antragsteller)