



Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Therapeuten  
nach § 95 Abs. 9 SGB V in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

**Teil 1 – (vom Geschäftsführer des MVZ auszufüllen)**

**Angaben zum Antragsteller (Trägergesellschaft oder  
Berufsausübungsgemeinschaft – sofern erfolgt entsprechend der  
Registereintragung):**

|              |  |
|--------------|--|
| <b>Name:</b> |  |
|--------------|--|

|                |  |                          |  |
|----------------|--|--------------------------|--|
| <b>PLZ:</b>    |  | <b>Ort:</b>              |  |
| <b>Straße:</b> |  | <b>Haus-<br/>nummer:</b> |  |

**Falls abweichend Angaben zur Betriebsstätte bzw. Angaben zur  
Berufsausübungsgemeinschaft**

|              |  |
|--------------|--|
| <b>Name:</b> |  |
|--------------|--|

|                |  |                          |  |
|----------------|--|--------------------------|--|
| <b>PLZ:</b>    |  | <b>Ort:</b>              |  |
| <b>Straße:</b> |  | <b>Haus-<br/>nummer:</b> |  |

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

**Angaben zu dem / zu den Vertretungsberechtigten**

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

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

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

## Angaben zur beantragten Anstellung

Name des anzustellenden  
Therapeuten:

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

Beschäftigungsbeginn:

## Angaben zum Beschäftigungsumfang

*Auch für angestellte Therapeuten gilt die Verpflichtung zur Abhaltung von Mindestsprechstundenzeiten (Faktor 1 = 25 Wochenstunden). Bitte berücksichtigen Sie dies bei der Vereinbarung der Arbeitszeit.*

*Faktor 0,25 mindestens 6 Stunden und 15 Minuten*

*Faktor 0,5 mindestens 12 Stunden und 30 Minuten*

- Faktor 0,25 bis zu 10 Stunden pro Wochen
- Faktor 0,5 über 10 bis 20 Stunden pro Woche
- Faktor 0,75 über 20 bis 30 Stunden pro Woche
- Faktor 1 über 30 Stunden pro Woche

**Bitte unbedingt genaue Stundenzahl angeben:**

im Umfang von (Wochenstunden):

### Angaben zum derzeitigen Standort

bisheriger Vertragspsychotherapeutensitz:

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

Nur auszufüllen bei sofortiger Verlegung des Vertragspsychotherapeutensitzes:

- Ich/Wir beantrage(n) die Verlegung des Vertragspsychotherapeutensitzes.

nach:

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

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

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

### Tätigkeitsort des anzustellenden Therapeuten

- Hauptbetriebsstätte

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Umfang von (Wochenstunden):</b> |  |
|------------------------------------|--|

- Nebenbetriebsstätte

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Umfang von (Wochenstunden):</b> |  |
| <b>Anschrift :</b>                 |  |

- Zweigpraxis

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Umfang von (Wochenstunden):</b> |  |
| <b>Anschrift:</b>                  |  |

## 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 beträgt die Gebühr 120,00 EUR.

Sofern 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.

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 Geschäftsführers des MVZ)

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Therapeuten  
nach § 95 Abs. 9 SGB V in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)  
- Teil 2 (vom anzustellenden Therapeuten auszufüllen)

**Angaben zum anzustellenden Therapeuten**

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

|                      |  |                    |  |
|----------------------|--|--------------------|--|
| <b>Geburtsdatum:</b> |  | <b>Geburtsort:</b> |  |
|----------------------|--|--------------------|--|

Wohnort:

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

|                 |  |             |  |
|-----------------|--|-------------|--|
| <b>Telefon:</b> |  | <b>FAX:</b> |  |
| <b>E-Mail:</b>  |  |             |  |

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

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Ggf. LANR:</b> |  |
|-------------------|--|

**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).

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Name der Institution:</b>         |  |
| <b>in (Anschrift)</b>                |  |
| <b>im Umfang von (Wochenstunden)</b> |  |

## Erforderliche Erklärungen zum Antrag

### Erklärung zur Teilnahme am Notfalldienst

- Ich erkläre hiermit, dass ich nach der „Gemeinsamen Notfalldienstordnung“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in der jeweils gültigen Fassung am organisierten ärztlichen Notfalldienst teilnehmen werde.

### Erklärung zur Datenerhebung:

- Ich habe 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 ich der KVWL mitteilen.

### Anlagen

- Verzichtserklärung
- schriftlicher Arbeitsvertrag mit dem Praxisinhaber / der Berufsausübungsgemeinschaft
- Ich erkläre an Eides statt, dass im beantragten Führungszeugnis keine Eintragung zu meinem Nachteil enthalten ist.
- Sollte das Führungszeugnis zum Sitzungstermin noch nicht vorliegen, kann durch Abgabe der eidesstattlichen Erklärung ggf. eine Vertagung der Verhandlung des Zulassungsausschusses vermieden werden.

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

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des anzustellenden  
Therapeuten)

**Anlage: Verzichtserklärung**

**Verzicht auf die Zulassung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung zugunsten der Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses an einem MVZ, bei einem Vertragstherapeuten/-arzt oder einer Berufsausübungsgemeinschaft**

Hiermit verzichte ich auf meine Zulassung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>mit Ablauf des:</b> |  |
|------------------------|--|

in:

|             |  |             |  |
|-------------|--|-------------|--|
| <b>PLZ:</b> |  | <b>Ort:</b> |  |
|-------------|--|-------------|--|

|                |  |                    |  |
|----------------|--|--------------------|--|
| <b>Straße:</b> |  | <b>Hausnummer:</b> |  |
|----------------|--|--------------------|--|

|   |
|---|
| <b>ggf. Anschrift einer genehmigten Zweigpraxis / ausgelagerter Praxisräume</b> |
|---|

**unter der Bedingung der bestandskräftigen Genehmigung der Anstellung als:**

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

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>im Umfang von (Wochenstunden)</b> |  |
|--------------------------------------|--|

In der Praxis / der BAG 7 des MVZ:

|  |  |
|--|--|
| <b>Name des Vertragstherapeuten, der BAG oder des MVZ:</b> |  |
|--|--|

Praxisanschrift:

|             |  |             |  |
|-------------|--|-------------|--|
| <b>PLZ:</b> |  | <b>Ort:</b> |  |
|-------------|--|-------------|--|

|                |  |                    |  |
|----------------|--|--------------------|--|
| <b>Straße:</b> |  | <b>Hausnummer:</b> |  |
|----------------|--|--------------------|--|

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des anzustellenden Therapeuten