

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 **Ermächtigung** zur Gründung einer **Zweigpraxis** nach §24
Abs. 3 Ärzte-ZV zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung

Antragsteller: Praxisinhaber / 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 zur beantragten Ermächtigung

Anschrift der Zweigpraxis:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

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

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

beabsichtigte Aufnahme der Tätigkeit:	
--	--

Umfang in Wochenstunden:	
---------------------------------	--

Entfernung zwischen Vertragsarztsitz und Zweigpraxis (Kilometer und Fahrzeit)	
--	--

Lage der Praxisräume / Kooperation mit einem Krankenhaus

Die Praxis befindet sich in den Räumen einer Behörde, eines Krankenhauses o. ä.:

nein

ja. Die vertragliche Vereinbarung mit dem Kooperationspartner liegt bei.

Name der Institution

Folgende Vertragstherapeuten bzw. angestellte Psychotherapeuten¹ sollen in der beantragten Zweigpraxis tätig werden:

Titel, Vorname, Name	Approbation des Therapeuten oder Facharztbezeichnung des Arztes	Ggf. LANR

¹ Für angestellten Ärzte/Psychotherapeuten ist eine separate Antragstellung zur Genehmigung der Anstellung erforderlich.

Leistungsspektrum

geplante Sprechstundenzeiten

Die Angabe der Sprechstundenzeiten ist nicht erforderlich, wenn die Tätigkeit des angestellten Arztes ausschließlich am beantragten Standort ausgeübt wird (Versorgerzweigpraxis).

Wochentag	Uhrzeit von:	Uhrzeit bis:

Ggf. weitere Sprechstundenzeiten als Anlage anbei zum Antrag senden.

Antragsbegründung (bezogen auf die Versorgungssituation)

Antragsgebühr

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.

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

- aktuelle und vollständige Auszüge aus dem Arzt-/Therapeutenregister für alle in der Zweigpraxis tätigen Ärzte / Psychotherapeuten liegen als Anlage bei.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift)