

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

**Antragsteller: Praxisinhaber / Berufsausübungsgemeinschaft / MVZ**

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

**oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft** (Sofern erfolgt  
entsprechend der Registereintragung) / **des bestehenden MVZ**

<b>(N)BSNR:</b>	
-----------------	--

Praxisanschrift:

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

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

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

## Angaben zur beantragten Ermächtigung

Anschrift der Zweigpraxis:

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

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

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

<b>beabsichtigte Aufnahme der Tätigkeit:</b>	
--	--

<b>Umfang in Wochenstunden:</b>	
---------------------------------	--

<b>Entfernung zwischen Vertragsarztsitz und Zweigpraxis (Kilometer und Fahrzeit)</b>	
--	--

## 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 Psychotherapeuten<sup>1</sup> sollen in der beantragten Zweigpraxis tätig werden:**

<b>Titel, Vorname, Name</b>	<b>Approbation des Therapeuten oder Facharztbezeichnung des Arztes</b>	<b>Ggf. LANR</b>

**Leistungsspektrum**


**geplante Sprechstundenzeiten**

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

<b>Wochentag</b>	<b>Uhrzeit von:</b>	<b>Uhrzeit bis:</b>

Ggf. weitere Sprechstundenzeiten als Anlage anbei zum Antrag senden.

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

### 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)