



Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Team Bedarfsprüfung/Genehmigungen
Psychotherapie
Robert-Schirrigk-Straße 4 – 6
44141 Dortmund

Tel.: 0231/9432-9450
Fax: 0231/9432-80450
E-Mail: bedarfspruefung-psych@kvwl.de

Antrag auf Genehmigung einer Vertretung § 32 Absatz 1 und 2 Ärzte-ZV

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern.

Der Antrag für angestellte Therapeuten¹ ist vom Arbeitgeber (anstellender Therapeut, Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)) zu stellen.

1.	Angaben Antragsteller:
Anrede:	
Titel Name, Vorname:	
BSNR:	
LANR:	
Fachgruppenbezeichnung und Richtlinienverfahren:	

1.1.	Falls Antragsteller BAG oder MVZ:
Bezeichnung BAG/Trägersgesellschaft/ MVZ/Institut:	
Vertretungsberechtigter Name, Vorname:	
BSNR:	

¹ Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird davon abgesehen, bei Fehlen einer geschlechtsneutralen Formulierung sowohl die männliche als auch weitere Formen anzuführen. Die in diesem Antrag gewählten männlichen Formulierungen gelten deshalb uneingeschränkt auch für die weiteren Geschlechter.

1.2.	Angaben des zu vertretenden Therapeuten, falls abweichend zu 1. Angaben Antragsteller:			
LANR:				
Titel Name, Vorname:				
Fachgruppenbezeichnung und Richtlinienverfahren:				
Teilnahmeform:		☐	zugelassen	☐ angestellt

2.	Grund der Antragstellung:			
☐	Gesundheitliche Gründe Bitte fügen Sie eine ärztliche Bescheinigung bei.			
☐	Erziehung eines Kindes (Max. Dauer 36 Monate; bitte reichen Sie eine Kopie der Geburtsurkunde des Kindes ein und teilen mit, ob bereits Erziehungszeit in Anspruch genommen wurde.)			
	Erziehungszeit bereits in Anspruch genommen:			
	von:		bis:	
☐	Pflege eines nahen Familienangehörigen in häuslicher Umgebung (Genehmigungszeitraum grundsätzlich 6 Monate. Bei Verlängerung der Genehmigung (max. bis zu zwei Jahre) ist die Vorlage der Bescheinigung der Pflegekasse bzw. des MDK bzw. anderer entsprechender Nachweise erforderlich sowie eine ergänzende Begründung, z. B. auch Prognose der weiteren Entwicklung abzugeben.)			
☐	Kündigung eines Angestellten Vertretung bis zu 6 Monate nach Kündigungsdatum möglich		Kündigung zum:	
☐	Freistellung eines Angestellten		Freistellung zum:	
	Grund der Freistellung:			
☐	Tod des Angestellten (§ 4 Abs. 3 BMV-Ä) (Sterbeurkunde und Erbschein beifügen)			
☐	Sonstiges (bitte erläutern)			

2.1	Zeitraum und Umfang der Vertretung: (Bitte beachten Sie, dass die komplette Abwesenheit des zu vertretenden Therapeuten erforderlich ist.)			
Zeitraum	von:		bis:	
Umfang (Stunden pro Woche):				

2.2	Art der Vertretung:
☐	Externe Vertretung (durch externen Vertreter in Ihren Praxisräumen)
☐	Interne Vertretung (durch Partner oder Angestellten)

3.	Angaben zum Vertreter:	
Anrede:		
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Straße/Hausnummer:		
PLZ/Wohnort:		
Fachgebiet(e):		
Richtlinienverfahren:		
Liegt eine Eintragung in das Arzt-/Psychotherapeutenregister der KVWL vor?	ja ☐	nein ☐ Bitte Approbation und Fachkundenachweis beifügen

Wichtige Hinweise:

Der Vertreter muss mindestens einem Vertragstherapeuten in der Praxis zugeordnet werden. Hier muss Fachgebiets- und Richtlinienverfahrensidentität vorliegen.

Der Vertreter darf dann vertragstherapeutisch tätig werden, wenn Ihnen als Antragsteller der Genehmigungsbescheid zugegangen ist. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die Bearbeitungszeiten, die bis zu vier Wochen betragen können, und planen diesen Umstand entsprechend ein.

Ort, Datum

Vorname Name

Unterschrift Antragsteller
(Vertretungsberechtigter bei
BAG, MVZ) und ggf.
Praxisstempel