

# Antrag auf Genehmigung der Verlegung des Vertragsarztsitzes

**Wichtiger Hinweis!**  
Bitte vor Ausdruck des Formulars den zuständigen Regierungsbezirk auswählen (Ort des Praxissitzes).

- Regierungsbezirk Stuttgart
- Regierungsbezirk Karlsruhe
- Regierungsbezirk Freiburg
- Regierungsbezirk Tübingen

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Psychologischer Psychotherapeut       Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

BSNR: \_\_\_\_\_

die Genehmigung der Verlegung meines Vertragsarztsitzes von

bisherige Praxisadresse:

PLZ, Ort, Teilort: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

zukünftige Praxisadresse:

PLZ, Ort, Teilort: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

mit Wirkung vom \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift / Praxisstempel)

## Hinweis:

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von EUR 120,00 fällig. Mit der Antragsbestätigung werden wir Ihnen eine Buchungsnummer mitteilen. Bitte überweisen Sie die Gebühr nur unter Angabe dieser Buchungsnummer.