

Antrag auf Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrages der Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

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: _____

zugelassen als Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

BSNR: _____

für den Vertragsarztsitz:

PLZ: _____ Ort: _____

Straße, Nr.: _____

im Landkreis/Stadtkreis: _____

die Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrages meiner Zulassung

auf einen vollen Versorgungsauftrag drei Viertel Versorgungsauftrag

mit Wirkung vom _____

in einem nicht gesperrten Planungsbereich.

im Rahmen der Praxisübernahme/Übernahme einer Anstellung in der Praxis von

Name _____ Vorname: _____ Titel: _____

Praxisanschrift: _____

Chiffre-Nr. des/der ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes/Anstellung _____.

(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.