

Ressort Vertragsärztliche Versorgung  
Zulassungsausschuss Ärzte Chemnitz (Psychotherapie)  
Postfach 11 64  
09070 Chemnitz



## Antrag Verlegung Vertragspsychotherapeutensitz

### 1. Antragsteller

**Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut/BAG**

.....  
Titel, Name, Vorname/BAG-Name

.....  
Fachgebiet

**MVZ**

.....  
MVZ-Name

.....  
Name ärztlicher Leiter

.....  
Name MVZ-Vertretungsberechtigter

### 2. Bisheriger Vertragspsychotherapeutensitz

.....  
PLZ, Ort, Straße

### 3. Künftiger Vertragspsychotherapeutensitz

.....  
PLZ, Ort, Straße

**Verlegung mit Wirkung ab dem** .....

Hinweis: Sind von der Verlegung der Praxis auch angestellte Psychotherapeuten betroffen, ist für diese ein gesonderter „Antrag auf Verlegung der Betriebsstätte eines angest. Psychoth.“ zu stellen.

#### 4. Antragsgebühr

Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von **120,- €** zu entrichten, vgl. § 46 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV). Diese werden Ihnen durch den Zulassungsausschuss gesondert in Rechnung gestellt.

**Bitte die Zahlungen erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe der Rechnungsnummer vornehmen.**

**Die Entscheidung durch den Zulassungsausschuss erfolgt erst nach dem Zahlungseingang der Antragsgebühr.**

#### Hinweis Datenschutz

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz](http://www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz).

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Praxisinhaber/BAG-Vertreter

Bei MVZ:

.....  
Ort, Datum

.....  
MVZ-Vertretungsberechtigter

.....  
Ärztlicher Leiter MVZ

#### Anlage

betrifft neue Betriebsstätte: Erhebungsbogen Qualitätssicherung