

**Zulassungsausschuss
Psychotherapeuten/Krankenkassen**
Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

**Antrag auf Verlegung
des Vertragspsychotherapeutensitzes**

Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass der Zulassungsausschuss keine rückwirkenden Praxisverlegungen beschließen darf. **Verlegungen dürfen nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden.** Daher beantragen Sie die Verlegung Ihres Vertragspsychotherapeutensitzes rechtzeitig (mind. 6 Wochen) vor dem Umzug der Praxis.

Gebühren:

Für Ihren Antrag wird eine Gebühr fällig (§ 46 Abs. 1 Buchst. c) Ärzte-ZV), die hiermit angefordert wird. Wir weisen darauf hin, dass über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt werden kann (§ 38 Ärzte-ZV). (Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66. Bitte als Verwendungszweck „Verlegungsantrag“ angeben)

Ich habe die Antragsgebühr von 120 Euro

überwiesen am _____ (der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen!)

Antragsteller/-in

(bei Berufsausübungsgemeinschaften bitte einen Antrag je Psychotherapeut/-in):

Titel, Vorname, Name	
zugelassen als	
E-Mail Telefon, Fax:	
in BAG niedergelassen mit (Name der Partner der BAG)	

Ich beantrage die Verlegung meines bisherigen Vertragspsychotherapeutensitzes

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort: _____

an den zukünftigen Vertragspsychotherapeutensitz

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort: _____

zum _____ .

Datenschutzerklärung:

Ich habe die Datenschutzerklärung der KV Bremen gelesen und bin damit einverstanden.

Ort/Datum: _____

Name und Unterschrift Antragsteller/-in: _____