

## Merkblatt

### **Antrag auf Verlegung des Psychotherapeutensitzes**

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

#### **I. CHECKLISTE**

Dem Antrag auf Verlegung des Psychotherapeutensitzes sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

##### **Antrag auf Verlegung**

Bitte verwenden Sie ausschließlich unser anliegendes Antragsformular

##### **Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr**

#### **II. WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR**

Gemäß § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr in Höhe von € 120,- fällig, sobald Sie Ihren Antrag in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingereicht haben. Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn Sie Ihren Antrag später zurücknehmen sollten.

Über die Zahlung der Antragsgebühr legen Sie bitte innerhalb von zwei Wochen (Eingang) nach Einreichung Ihres Antrags unaufgefordert einen geeigneten Zahlungsnachweis vor. Sollte die Antragsgebühr nicht fristgemäß gezahlt worden und der geeignete Zahlungsnachweis nicht innerhalb der vorgenannten Frist von zwei Wochen eingegangen sein, gilt Ihr Antrag nach § 38 Ärzte-ZV als zurückgenommen. In jedem Fall wird Ihr Antrag ohne fristgerechten Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr nicht für eine Sitzung des Zulassungsausschusses terminiert.

Damit die eindeutige Zuordnung des Antrags gewährleistet werden kann, ist es unbedingt erforderlich, dass die Überweisung der Antragsgebühr unter **Angabe des im Formular näher bezeichneten Verwendungszwecks** zugunsten nachfolgender Bankverbindung durchgeführt wird:

**Deutsche Apotheker- und Ärztebank Magdeburg**

**IBAN: DE95 3006 0601 0003 1050 67**

**BIC: DAAEDEDXXX**

Für Anträge in unterversorgten Gebieten oder in Gebieten mit drohender Unterversorgung fallen keine Gebühren an, § 46 Abs. 4 Ärzte-ZV. Bitte entnehmen Sie die betreffenden Arztgruppen und Gebiete dem jeweiligen aktuellen Beschluss des Landesausschusses auf der Homepage der KV Sachsen-Anhalt ([https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche\\_taetigkeit/foerdermittel.html](https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche_taetigkeit/foerdermittel.html)).

### **III. ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN**

Die Übersendung der Antragsunterlagen im Original samt Anlagen hat zwingend auf dem Postweg zu erfolgen. Alternativ können Sie die vorgenannten Unterlagen auch persönlich in der KV Sachsen-Anhalt abgeben. Eine elektronische Übermittlung aller Unterlagen per Fax oder E-Mail ist nicht zulässig.

Die Antragsunterlagen sollten spätestens vier Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses vorliegen. Rückwirkende Entscheidungen trifft der Zulassungsausschuss nicht, daher ist der Antrag rechtzeitig zu stellen.

Der Zulassungsausschuss Sachsen-Anhalt tagt in der Regel alle zwei Monate. Die Termine entnehmen Sie bitte der Homepage der KVSA.

**Bitte beachten Sie, dass über einen Antrag erst entschieden werden kann, wenn alle erforderlichen Unterlagen und Angaben vollständig eingereicht und die Antragsgebühr überwiesen wurde.**

### **IV. DATENSCHUTZ**

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Sachsen-Anhalt und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link:  
[https://www.kvsa.de/service/ueber\\_uns/datenschutz\\_informationen.html](https://www.kvsa.de/service/ueber_uns/datenschutz_informationen.html)

# Antrag auf Verlegung des Psychotherapeutensitzes

ZULASSUNGS-  
AUSSCHUSS  
SACHSEN-ANHALT

ZA

Zulassungsausschuss für Psychotherapeuten  
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg

**Das Antragsformular bitte vollständig ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen!**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein, ohne dadurch eine geschlechtsspezifische Diskriminierung vornehmen zu wollen.

## 1. ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER

<b>BSNR:</b>	<b>Titel:</b>	
<b>Name:</b>	<b>Vorname(n):</b>	
Psychologischer Psychotherapeut	Kinder- und Jugendpsychotherapeut	Psychotherapeutisch tätiger Arzt
	Fachgebiet	
Verhaltenstherapie		Tiefenpsychologische Psychotherapie
Analytische Psychotherapie		Systemische Psychotherapie
	Behandlungsverfahren	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der <b>Wohnanschrift</b>		
E-Mail-Adresse		Telefonnummer

## **2. BEANTRAGUNG**

**Ich beantrage die Verlegung meines Psychotherapeutensitzes**

<b>Von</b>	
	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des <b>derzeitigen Psychotherapeutensitzes</b>
<b>Nach</b>	
	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des <b>zukünftigen Psychotherapeutensitzes</b>
<b>mit Wirkung zum:</b>	(konkreter Zeitpunkt der Verlegung) (tt.mm.jjjj)
Entfernung zwischen derzeitigen und zukünftigen Psychotherapeutensitzes:	km

## **3. BEGRÜNDUNG**

**Begründung meines Antrages** (ggf. gesondertes Blatt verwenden)

#### 4. ANTRAGSGEBÜHR

Die Antragsgebühr in Höhe von € 120,-- wurde überwiesen am

(tt.mm.jjjj)

**Angaben für Ihre Überweisung:**

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Magdeburg

IBAN: DE95 3006 0601 0003 1050 67

BIC: DAAEDEDXXX

**Verwendungszweck:**

ZA-PT-005 / ZA / Name, Vorname Antragsteller

Ein Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr liegt bei.

#### **Wichtige Informationen**

Jede Statusänderung bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die für einen Antrag erforderliche Genehmigung des Ausschusses kann – wie auch jede sonstige Genehmigung – **nur mit Wirkung für die Zukunft** und nicht für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erteilt werden.

**Nach § 24 Abs. 7 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte/Psychotherapeuten:**

Der Zulassungsausschuss darf den Antrag eines Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten auf Verlegung seines Vertragsarztsitzes nur genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

Durch Ihre Unterschrift geht die in dem angefügten Merkblatt dargestellte datenschutzrechtliche Erklärung als Bestandteil in den Antrag über.

Ort, Datum

Name/Unterschrift Antragsteller



Stempel Antragsteller