

**Geschäftsstelle  
Zulassungsausschuss  
Köln**

Kontakt:  
**Kammer Psychotherapie** ☎ 0221 7763 33279  
[@ZA.Kammer.Psychotherapie@kvno.de](mailto:@ZA.Kammer.Psychotherapie@kvno.de)

Postanschrift:  
40182 Düsseldorf

## **Merkblatt** **zum Antrag auf Genehmigung zur Errichtung / Erweiterung einer Berufsausübungsgemeinschaft bzw. überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft**

Bitte fügen Sie diesem Antrag den **Gesellschaftsvertrag** bei.

Bitte beachten Sie, dass bei bereits bestehenden Berufsausübungsgemeinschaften die Möglichkeit der Erweiterung der bestehenden Gesellschaft oder die Beendigung und Neugründung einer Gesellschaft in Frage kommt.

Für das Verfahren wird gem. § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV eine Gebühr von 120 Euro erhoben. Die Gebühr ist bei Antragstellung fällig.

Wenn Sie noch nicht über ein Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein verfügen, ist die Gebühr vorab zu entrichten.

Hinsichtlich der Überweisung der Antragsgebühr werden Sie von uns eine Antragsnummer mitgeteilt bekommen. Bitte zahlen Sie erst dann und verwenden Sie nur diese Nummer im Verwendungszweck bei Überweisung.

Nach § 38 Ärzte-ZV gilt der Antrag als zurückgenommen, wenn die Antragsgebühr bis zur Sitzung des Zulassungsausschusses nicht entrichtet wird.

**Antrag auf Genehmigung zur Errichtung / Erweiterung einer  
Berufsausübungsgemeinschaft bzw. überörtlichen  
Berufsausübungsgemeinschaft**

- Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft
- Gründung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft

Hauptsitz: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_. Quartal 20\_\_\_\_\_

oder

- Erweiterung einer Berufsausübungsgemeinschaft
- Erweiterung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft

Hauptsitz: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_. Quartal 20\_\_\_\_\_

Der Berufsausübungsgemeinschaftsvertrag beinhaltet und stellt sicher, dass alle Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft ihre ärztliche Tätigkeit als selbstständige Freiberufler und nicht in einem verdeckten Anstellungsverhältnis ausüben.

Titel: \_\_\_\_\_

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

Facharzt / Fachärztin für: \_\_\_\_\_

Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

und

Titel: \_\_\_\_\_  
Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
Facharzt / Fachärztin für: \_\_\_\_\_  
Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift**

Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Unterschrift: \_\_\_\_\_

und

Titel: \_\_\_\_\_  
Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
Facharzt / Fachärztin für: \_\_\_\_\_  
Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift**

Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Unterschrift: \_\_\_\_\_

und

Titel: \_\_\_\_\_  
Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
Facharzt / Fachärztin für: \_\_\_\_\_  
Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift**

Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Unterschrift: \_\_\_\_\_

und

Titel: \_\_\_\_\_

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

Facharzt / Fachärztin für: \_\_\_\_\_

Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

und

Titel: \_\_\_\_\_

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

Facharzt / Fachärztin für: \_\_\_\_\_

Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_

und

Titel: \_\_\_\_\_

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

Facharzt / Fachärztin für: \_\_\_\_\_

Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_