



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

## Antrag auf Ruhen der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit (Zulassung/Anstellung)

### 1. Antragsteller

**Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut/ BAG**

.....  
Titel, Name, Vorname

.....  
Fachgebiet

**MVZ**

.....  
MVZ-Name

.....  
Name ärztlicher Leiter

.....  
Name MVZ-Vertretungsberechtigter

### 2. Antragstellung

für den Antragsteller selbst

für den angestellten Arzt/Psychotherapeuten

.....  
Titel, Name, Vorname/ Name des MVZ

.....  
Fachgebiet

### 3. Umfang des beantragten Ruhens der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit

#### Zulassung

aktueller Versorgungsauftrag	Antrag Ruhen Zulassung			
	1,0	0,75	0,5	0,25
1,0	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,75	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
0,5	/	/	<input type="checkbox"/>	/

## Anstellung

aktueller Anstellungsfaktor	Antrag Ruhen Anstellungsfaktor			
	1,0	0,75	0,5	0,25
1,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,75	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,5	/	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,25	/	/	/	<input type="checkbox"/>

### 4. Ruhenszeitraum

vom ..... bis .....

### 5. Ruhensgründe

.....  
.....  
.....

### 6. Antragsgebühr

Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von **120,- €** zu entrichten, vgl. § 46 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte- ZV). Diese wird durch den Zulassungsausschuss gesondert in Rechnung gestellt. **Bitte die Zahlungen erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe der Rechnungsnummer vornehmen.**

**Eine Entscheidung des Zulassungsausschusses erfolgt erst nach dem Zahlungseingang der Gebühr.**

### 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 Antragsteller/Praxisinhaber

Bei MVZ:

.....  
Ort, Datum

.....  
MVZ-Vertretungsberechtigter

.....  
Ärztlicher Leiter MVZ