



## Antrag auf Genehmigung einer vorübergehenden Nichtausübung der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit aufgrund von Krankheit über 3 Monate hinaus

( - für angestellte Psychotherapeuten - )

### 1. Angaben Psychotherapeut

|   |   |
|---|---|
| Titel, Name, Vorname:                         | <input type="text"/>                                      |
|   | <input type="text"/>                                      |
| <input type="radio"/> zugelassen              | <input type="radio"/> angestellt bei <input type="text"/> |
| Tätigkeitsort:                                | <input type="text"/>                                      |
|   | <input type="text"/>                                      |
| Beantragter Zeitraum der Praxisschließung     | <input type="text"/>                                      |
| Voraussichtliche Wiederaufnahme der Tätigkeit | <input type="text"/>                                      |

### 2. Dem Antrag ist beizufügen:



- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des behandelnden Arztes bei Vertretung aufgrund von **Krankheit**

beigefügt



Ort, Datum

Unterschrift Praxisinhaber bzw. MVZ-  
Vertreter u. Stempel \*

*\* Ist der Arzt, für den die Vertretung beantragt wird, in einer Praxis oder einem MVZ angestellt, erfolgt die Antragsstellung durch den Praxisinhaber bzw. den MVZ-Vertreter.*