

# Antrag auf Kassenzulassung einer physiotherapeutischen Praxis



Hiermit stelle/n ich/wir den Antrag auf:

Eröffnung einer Physiotherapiepraxis als

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis
- Praxisgemeinschaft
- Partnerschaft
- Interdisziplinäre Praxisgemeinschaft

Verlegung

Zweigniederlassung

Erweiterung

Übernahme der Praxis \_\_\_\_\_

Umschreibung der \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

und Erteilung der Kassenzulassung gem. § 124 SGB V zum \_\_\_\_\_ (Datum)

## Name des Antragstellers I

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_  
Berufsbezeichnung:

## Praxisanschrift

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort:

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.:

\_\_\_\_\_  
Telefon:

## Privatanschrift

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort:

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.:

\_\_\_\_\_  
Telefon:

\_\_\_\_\_  
Telefax/ E-Mail:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

## Name des Antragstellers II

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_  
Berufsbezeichnung:

\_\_\_\_\_  
Telefax/E-Mail:

## Privatanschrift

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort:

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.:

\_\_\_\_\_  
Telefon:

\_\_\_\_\_  
Telefax/ E-Mail:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift