

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns  
Bezirksstelle Oberpfalz  
Landshuter Straße 20  
93047 Regensburg  
Tel.: 0941 598 79 25  
Fax: 0941 598 79 24  
E-Mail: bez.oberpfalz@kzvb.de

## Antrag zur Beschäftigung eines Vertreters für einen zugelassenen Vertragszahnarzt

### Antragsteller:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des **Vertragszahnarztes**/Name **des MVZ-Trägers**

### Vertreter:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des zu vertretenden Vertragszahnarzt (**Vertreter**)

**Vertretung für den Zeitraum** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Wöchentliche Arbeitszeit** (Stunden) \_\_\_\_\_

**Vertretungsgrund** (vgl. § 32b Abs. 6 ZÄ-ZV): \_\_\_\_\_

Für **jeden Vertretungsgrund** muss ein **Nachweis** vorgelegt werden  
(z. B. Attest)

**Vertreter ist zahnärztlicher Leiter im MVZ\***

Es wird darauf hingewiesen, dass der zahnärztliche Leiter die Verantwortung für den ordnungsgemäßen Ablauf der vertragszahnärztlichen Versorgung im MVZ trägt. Er ist für die zahnärztliche Steuerung der Betriebsabläufe verantwortlich und trägt die Gesamtverantwortung gegenüber der KZV (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 14.12.2011, B 6 KA 33/10 R, Urteil vom 11.12.2013, B 6 KA 39/12 R). Etwaige Pflichtverletzungen können durch die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung gegenüber dem zahnärztlichen Leiter disziplinarrechtlich verfolgt werden. **Mit der Unterzeichnung dieser Erklärung tritt der Vertreter verbindlich in die Rechte und Pflichten des zahnärztlichen Leiters ein.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Vertretungsberechtigter der MVZ Trägergesellschaft  
(Beispielsweise Geschäftsführer)

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

\***Wichtig:** Das Vorhandensein einer zahnärztlichen Leitung im MVZ ist Zulassungsvoraussetzung. Sofern diese nicht durchgängig erfüllt ist, kann dem MVZ die Zulassung ohne weitere Ankündigung entzogen werden, vgl. § 95 Abs. 6 Satz 1 SGB V.

**Vertreter:**

Name, Vorname des Vertreters: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr. / PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon / Mobil / E-Mail: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Approbationsdatum: \_\_\_\_\_ ggf. Promotionsdatum: \_\_\_\_\_

**Wenn der Vertreter im KZVB-Bezirksstellenbereich noch nicht tätig gewesen ist, sind aktuelle amtlich beglaubigte Kopien der Approbations- und ggf. Promotionsurkunde beizulegen.**

Es liegt ein Registereintrag bei der folgenden Kassenzahnärztlichen Vereinigung vor:

\_\_\_\_\_  
(Bitte Auszug aus dem Zahnarztregister beifügen, wenn nicht in Bayern registriert!)

**Aktuelle zahnärztliche Tätigkeit(en) des Vertreters:**

derzeit als Vertragszahnarzt zugelassen in: \_\_\_\_\_

derzeit angestellt in der Praxis/im MVZ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Vertreter**

Praxisstempel / ABE-Nummer des Antragstellers
--

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller  
**(Vertragszahnarzt/  
Vertretungsberechtigter der MVZ Trägergesellschaft)**