

# Antrag auf Ruhen der Tätigkeit eines angestellten Zahnarztes / KFO

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Südbayern -  
Fallstraße 34  
81369 München

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel.: 089 / 7 24 01-511  
-507  
-596  
-510

\_\_\_\_\_  
Name Antragsteller und Praxisadresse

Ich beantrage das **Ruhen** / die **Verlängerung des Ruhens** für den angestellten Zahnarzt / KFO:

ab dem \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich zum \_\_\_\_\_ für meinen  
(nicht rückwirkend möglich)

Vertragszahnarztsitz in \_\_\_\_\_  
Praxisort, für den der Angestellte genehmigt wurde; ggf. Zweigpraxissitz

## **Begründung:**

- Krankheit (Attest erforderlich)  
 Fortbildung (Nachweis erforderlich)  
 Mutterschafts- bzw. Erziehungsurlaub / Beschäftigungsverbot (Nachweis erforderlich) Sonstige  
 Gründe: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich die vom Zulassungsausschuss genehmigte Ruhenszeit des/der Angestellten beenden bzw. verlängern kann. Hierfür muss fristgerecht (mind. 5 Wochen vor Ablauf des Ruhens) eine schriftliche Mitteilung an den Zulassungsausschuss erfolgen.

Die Gebühr in Höhe von **120 Euro** gem. § 46 Abs. 1 lit. c Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte wurde am \_\_\_\_\_ auf das Konto des Zulassungsausschusses für Zahnärzte – Südbayern - bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank München IBAN **DE14 3006 0601 0601 1261 72** | BIC **DAAEDEDXXX** überwiesen.

**E-Mail-Adresse des Antragsstellers:** \_\_\_\_\_ **für**  
**evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Antrag. Diese erfolgen ausschließlich per E-Mail.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/Vertragszahnarzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift angestellter Zahnarzt

ABE-Praxisstempel: