



Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Bezirksstelle Oberbayern  
Fallstraße 34  
81369 München  
Tel.: 089 724 01-555  
Fax: 089 724 01-215  
E-Mail: bez.oberbayern@kzvb.de

## Antrag zur Beschäftigung eines Vertreters für einen niedergelassenen Vertragszahnarzt

### Antragsteller:

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

### Vertretener:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des zu vertretenden Vertragszahnarztes (**Vertretener**)

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

**Vertretungsgrund** (vgl. § 32b Abs. 6 ZÄ-ZV): \_\_\_\_\_  
Für **jeden Vertretungsgrund** muss ein **Nachweis** vorgelegt werden  
(z. B. Attest)

**Vertretener 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 Kassenärztliche 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)**