



Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Bezirksstelle Oberfranken
Justus-Liebig-Straße 113
95447 Bayreuth
Tel.: 0921 650 25
Fax: 0921 685 00
E-Mail: bez.oberfranken@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)**