

Bei **Nichtaufnahme, Beendigung oder Unterbrechung**  
der Beschäftigung bitte ausgefüllt zurückschicken an



Bezirksstelle Oberpfalz  
Landshuter Straße 20  
93047 Regensburg  
Fax: 0941 598 79 24  
E-Mail: [bez.oberpfalz@kzvb.de](mailto:bez.oberpfalz@kzvb.de)

## Abmeldung eines Assistenten

Der von der KZVB – Bezirksstelle Oberpfalz – mit Bescheid vom \_\_\_\_\_  
genehmigte

- Vorbereitungsassistent     Weiterbildungsassistent     Entlastungsassistent  
 ganztags     halbtags

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

Hat die zahnärztliche Tätigkeit

- nicht aufgenommen  
 beendet am: \_\_\_\_\_

### **Wegen Mitteilung der Schwangerschaft (Unterbrechung der Vorbereitungszeit)**

Beschäftigungsverbot ab: \_\_\_\_\_

Voraussichtlicher Geburtstermin: \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Wiederaufnahme der Beschäftigung: \_\_\_\_\_

**Rechtzeitig vor Wiederaufnahme der Beschäftigung ist ein entsprechender  
Antrag bei der Bezirksstelle einzureichen.**

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Vertragszahnarztes

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Assistenten

Praxisstempel mit ABE-Nr.