

Bei **Wiederaufnahme der Tätigkeit nach einer 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)

## Mitteilung über die Wiederaufnahme der Tätigkeit als Assistent/-in

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 wieder  
aufgenommen am: \_\_\_\_\_

**Ab diesem Zeitpunkt wird die Vorbereitungszeit wieder angerechnet!**

Praxisstempel mit ABE-Nr.

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