

# Antrag auf Änderung der Gebietsbezeichnung eines angestellten Zahnarztes

Anträge nur im Original einreichen!

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Nordbayern -  
Laufertorgraben 10  
90489 Nürnberg

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel: 0911 / 58 88 83-14  
bzw. 0911 / 58 88 83-12  
Fax: 089 / 7 24 01-602

Antragssteller: \_\_\_\_\_

Für den vom Zulassungsausschuss Nordbayern mit Bescheid vom \_\_\_\_\_

genehmigten angestellten Zahnarzt:

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

wird ab dem \_\_\_\_\_ die Änderung der Gebietsbezeichnung gem. § 24 Abs. 6 ZÄ-ZV  
beantragt.

Die Anerkennung zum Führen der Gebietsbezeichnung „**Fachzahnarzt für Kieferorthopädie**“

wurde am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

ausgestellt.

Sofern der Zahnarzt nicht in das Zahnarztregister der KZVB eingetragen ist, ist eine Kopie der Weiter-  
bildungsurkunde sowie ein aktueller Registerauszug beizulegen, aus dem sich der Tag der Anerken-  
nung des Rechts zum Führen der Gebietsbezeichnung ergibt.

Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1 lit. c (ZÄ-ZV) in Höhe von **120 Euro** wurde am \_\_\_\_\_  
auf das Bankkonto des Zulassungsausschusses Nordbayern bei der - Deutschen Apotheker- und Ärz-  
tebank eG Nürnberg – | **IBAN DE85 3006 0601 0101 1261 72 | BIC DAAEDEDXXX** überwiesen.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift des angestellten Zahnarztes

ABE-Praxisstempel:

Informationen gem. Art. 13 DS-GVO finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#)