

Antrag auf Änderung des zahnärztlichen Leiters eines Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Nordbayern -
Laufertorgraben 10
90489 Nürnberg

Anträge nur im Original einreichen!

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:
Tel: 0911 / 58 88 83 -12
-14
-18

Für das MVZ _____
Name des MVZ

in _____
Adresse des MVZ

wird die **Änderung des zahnärztlichen Leiters des MVZ** beantragt.

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 Rdnr. 18, BSG Urteil vom 11.12.2013, B 6 KA 39/12 R). Etwaige Pflichtverletzungen des zahnärztlichen Leiters können durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung disziplinarrechtlich verfolgt werden.

Ab _____

soll _____
Titel, Vorname, Name

als

zugelassener Vertragszahnarzt

angestellter Zahnarzt (mindestens 20 Std/Woche)

die zahnärztliche Leitung im MVZ übernehmen.

Der Nachweis über die Ernennung zum zahnärztlichen Leiter (Arbeitsvertrag) ist beigelegt.

E-Mail Adresse des Antragstellers: _____
evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgen per E-Mail.

Datum, Unterschrift Vertretungsberechtigter des MVZ-Trägers

Datum, Unterschrift zahnärztlicher Leiter / persönlich

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.

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