

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

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Nordbayern -
Laufertorgraben 10
90489 Nürnberg

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel: 0911 / 58 88 83-14

Fax: 089 / 7 24 01-602

Das MVZ _____
Name des MVZs

in _____
Adresse des MVZs

beantragt die **Änderung/Wechsel des zahnärztlichen Leiters des MVZ**

Es wird darauf hingewiesen, dass der zahnärztliche Leiter die Verantwortung für den ordnungsgemäßen Ablauf der vertragszahnärztlichen Versorgung im MVZ trägt. Dieser 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.

Name des zahnärztlichen Leiters

ab _____

Der Nachweis über die Ernennung (Arbeitsvertrag) ist beigefügt.

Datum, Unterschrift Gründer
oder Vertretungsberechtigter des MVZ

Datum, Unterschrift zahnärztlicher Leiter

Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1c (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.