

Antrag auf Teilzulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung in einem Medizinischen Versorgungszentrum

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

Hiermit beantrage ich,

1. Titel, Name: _____ Vorname: _____
(ggf. auch Geburtsname)

2. Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

3. Wohnungsanschrift: _____
(PLZ / Ort / Straße / Hausnr.)

4. die Teilzulassung in dem **MVZ**

_____ MVZ Name

_____ Adresse (bitte genauen Standort des MVZ angeben)

allgemein Zahnärztlich

kieferorthopädisch

5. Vorgesehenes Niederlassungsdatum als Vertragszahnarzt: _____,
dringend erforderlich

Ich erkläre hiermit, meinen Versorgungsauftrag für den **neu** beantragten Vertragszahnarztsitz in

_____ ab dem _____
neue Praxisadresse Datum

auf die **Hälfte des Versorgungsgrades** nach § 19a Abs. 1 zu beschränken.

6. Seit der Approbation (Datum: _____) ausgeübte zahnärztliche Tätigkeiten in zeitlicher Reihenfolge:
(entfällt, wenn Sie bereits niedergelassen waren – siehe Punkt 11e)

in unselbständiger Stellung als Assistent oder Vertreter		Für alle aufgeführten Arbeitsstellen müssen Arbeitsbescheinigungen der Arbeitgeber beiliegen:
bei einem Zahnarzt mit Zulassung als Vertragszahnarzt	im öffentlichen Gesund- heitsdienst, in Zahnkliniken und in Zahnstationen der Bundeswehr	
von - bis	von - bis	bei Zahnarzt / Zahnklinik / Bundeswehr

8. Bisherige Zulassungen als Vertragszahnarzt in zeitlicher Reihenfolge:

von - bis	Praxisanschrift	Grund der Aufgabe des Vertragszahnarztsitzes

9. Besondere Bemerkungen: _____

Sie erreichen mich unter folgender Rufnummer und E-Mail-Adresse: _____

10. Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1 lit. c (ZÄ-ZV) in Höhe von **100 Euro** wurde am _____ auf das Bankkonto des Zulassungsausschusses Nordbayern bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, **IBAN DE85 3006 0601 0101 1261 72 | BIC DAAEDEDXXX** überwiesen.

11. Als Anlagen sind gemäß § 18 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZÄ-ZV) beigefügt:

- | | |
|--|---|
| a) Auszug aus dem Zahnarztregister (18 Abs. 1 lit. a ZÄ-ZV) | e) Bescheinigungen der KZVen über die bisherigen Niederlassungen und Zulassungen (§ 18 Abs. 2 Nr. 3 ZÄ-ZV) |
| b) Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten (§ 18 Abs. 1 lit. b ZÄ-ZV) | f) Erklärung über bestehende Dienst- und Beschäftigungsverhältnisse (§ 18 Abs. 2 Nr. 4 ZÄ-ZV), unter Angabe der frühestmöglichen Beendigung (vorgefertigte Erklärung liegt diesem Antrag bei) |
| c) Lebenslauf (§ 18 Abs. 2 Nr. 1 ZÄ-ZV) (mit Datum und Unterschrift) | g) Erklärung über Rauschgift und Trunksucht (§ 18 Abs. 2 Nr. 5 ZÄ-ZV) (vorgefertigte Erklärung liegt diesem Antrag bei) |
| d) behördliches Führungszeugnis, zum Zeitpunkt der Sitzung nicht älter als sechs Monate (§ 18 Abs. 2 Nr. 2 ZÄ-ZV) (behördliches Führungszeugnis gem. § 30 Abs. 5 BZRG siehe Anlage 2) | |

Ort / Datum

Unterschrift

Name, Vorname: _____

E R K L Ä R U N Ggemäß § 18 Abs. 2 Nr. 4 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte
(siehe auch § 20 ZÄ-ZV)

- Hiermit erkläre ich, zum Zeitpunkt dieser Bewerbung in keinem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis zu stehen.
- Folgendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis besteht:

Das frühestmögliche Ende des Beschäftigungsverhältnisses ist der _____.

- Mir ist bekannt, dass im Falle eines bereits genehmigten **Anstellungsverhältnisses** ggf. eine zulassungsrechtliche „Abmeldung“ oder „Reduzierung“ meiner Tätigkeit durch den Arbeitgeber beim Zulassungsausschuss beantragt werden muss, bzw. meine genehmigte Assistententätigkeit als Vorbereitungsassistent in jedem Fall bei (der Bezirksstelle) der jeweiligen KZV durch Abmeldung beendet werden muss.
- Ich bin derzeit als Vertragszahnarzt zugelassen. Der Verzicht auf meine Zulassung ist erklärt. Meine Zulassung wird voraussichtlich zum _____ beendet.

Ort und Datum_____
Unterschrift Antragsteller**E R K L Ä R U N G**gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5
der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Ich erkläre, dass ich weder drogen- oder alkoholabhängig bin noch innerhalb der letzten fünf Jahre drogen- oder alkoholabhängig war und mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterziehen musste.

Gesetzliche Hinderungsgründe stehen einer Ausübung des zahnärztlichen Berufes durch mich nicht entgegen.

Ort und Datum_____
Unterschrift Antragsteller

Informationsblatt zum Zulassungsantrag

Für die Zulassung / Teilzulassung zur zahnärztlichen bzw. kieferorthopädischen Tätigkeit sind folgende Unterlagen einzureichen und Hinweise zu beachten:

- **Antrag** auf Zulassung/Teilzulassung im Original
- **Nachweis** über eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung gem. § 113 Abs. 2 VVG i.V. mit § 95e SGB V (bitte beachten Sie (bitte beachten Sie die Hinweise auf unserer Homepage)
- **Auszug aus dem Zahnarztregister** gem. § 95 Abs. 9 SGB V (sofern der ZA nicht innerhalb von Bayern in das Zahnarztregister eingetragen ist).
- **Weiterbildungsurkunde** (in Kopie)
- aktueller **Lebenslauf** mit Bild, Datum und Unterschrift im Original (ohne Unterschrift können wir den Lebenslauf nicht akzeptieren.)
- alle **Bescheinigungen** über die seit der Approbation ausgeführten Tätigkeiten gem. § 18 Abs. 1 lit. b ZÄ-ZV der Arbeitgeber - bitte keine Genehmigungsbescheinigungen der KZVen
- aktuelles **behördliches** Führungszeugnis gem. § 30 Abs. 5 BZRG (zum Zeitpunkt der Sitzung darf das FZ nicht älter als 6 Monate sein.) Das behördliche FZ wird dem Zulassungsausschuss direkt vom Bundesamt für Justiz zugesandt!
- **Niederlassungsbescheinigung/Bescheinigungen** der KZVen, in deren Bereich der Zahnarzt bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war. Sofern noch eine Tätigkeit in einem anderen Bundesland vorliegt, benötigen wir eine Kopie des Verzichtes oder den Beschluss über die Beendigung.
- **Erklärung** über ein zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses gem. § 18 Abs. 2 Nr. 4 ZÄ-ZV
- **Erklärung** gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5 ZÄ-ZV hinsichtlich der Drogen - bzw. Alkoholabhängigkeit. Der Ausschuss hat zur Prüfung der Geeignetheit für die Ausübung der Kassenpraxis die Möglichkeit, mittels eines ärztlichen Gutachtens – dessen Kosten der Antragsteller trägt - den Gesundheitszustand feststellen zu lassen.

Weitere Informationen erhalten Sie beim Zulassungsausschuss für Zahnärzte – Nordbayern –, bei den Bezirksstellen oder im Internet unter <https://www.kzvb.de/berufsausuebung/zulassung/zulassung-nordbayern>

Bitte senden Sie uns nur **Originalunterlagen** zu.

Für weitere Fragen sind wir gerne telefonisch unter für Sie da.

***Legen Sie dieses Schreiben
bitte bei Ihrer zuständigen Meldebehörde vor!***

Bitte **behördliches Führungszeugnis gem. § 30 Abs. 5 BZRG** anfordern:

- bei der zuständigen Stadt-/Gemeindeverwaltung
(Wohnsitz)

Belegart: „zur Vorlage bei einer Behörde“ (Belegart „O“)

Sollten Sie über die Staatsangehörigkeit eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Union (EU) verfügen, bitten wir Sie um Beantragung eines europäischen Führungszeugnisses gem. § 30 b BZRG

Verwendungszweck:

- Zulassung/Teilzulassung als Vertragszahnarzt

Empfänger angeben:

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Nordbayern -
Laufertorgraben 10
90489 Nürnberg

Bitte denken Sie beim Anfordern an:

- Personalausweis oder Reisepass
- Gebühr für das Führungszeugnis