

**Antrag auf Ermächtigung zur Tätigkeit in  
einer Zweigpraxis gem. § 24 Abs. 3 ZÄ-ZV**

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Nordbayern -  
Laufertorgraben 10  
90489 Nürnberg

**Anträge nur im Original ein-  
reichen!**

Bei Fragen rufen Sie uns gerne  
an:

Tel: 0911/ 58 88 83 -12  
-14  
-18

Hiermit beantrage ich eine Ermächtigung für eine Zweigpraxis:

allgemein Zahnärztlich

kieferorthopädisch

Einzelpraxis

Praxisgemeinschaft

Berufsausübungsgemeinschaft

Titel, Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
(ggf. auch Geburtsname)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Niedergelassen in: \_\_\_\_\_  
(PLZ / Ort / Straße / Hausnr.)

Neuer Zweigpraxissitz: \_\_\_\_\_  
(PLZ / Ort / Straße / Hausnr. der zukünftigen Praxis)

Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis: \_\_\_\_\_  
dringend erforderlich

**Begründung, weshalb aus Sicht des Antragstellers der Betrieb der Zweigpraxis**

**1. zu einer Verbesserung der Versorgung am Ort der Zweigpraxis führt:**

(z.B. Patientenkreis, Versorgungssituation, Behandlungsspektrum / Behandlungsmethoden)

---

---

---

**2. die ordnungsgem. Versorgung der Versicherten am Ort der Hauptpraxis nicht beeinträchtigt wird:**

---

---

---

**Geplante Verteilung der Behandlungszeiten (§ 10 Abs. 1 Satz 7 BMV-Z) \*:**

Vertragszahnarztsitz (3/3)	Zweigpraxis (1/3 der Behandlungszeit in der Hauptpraxis)
Mo:	Mo:
Di:	Di:
Mi:	Mi:
Do:	Do:
Fr:	Fr:
Sa:	Sa:

**Geplante Verteilung der Behandlungszeiten der in der Hauptpraxis angestellten Zahnärzte (§ 24 Abs. 3 Satz 8 ZÄ-ZV, § 10 Abs. 1 Satz 9 BMV-Z) \*\*:**

Vertragszahnarztsitz (3/3)	Zweigpraxis (1/3 der Behandlungszeit in der Hauptpraxis)
Mo:	Mo:
Di:	Di:
Mi:	Mi:
Do:	Do:
Fr:	Fr:
Sa:	Sa:

\*Die zeitliche Tätigkeitsbeschränkung in der Zweigpraxis ergibt sich aus den bundesmantelvertraglichen Regelungen des §10 Abs. 1 Satz 7 ff. BMV-Z. Dieser lautet:

*„Die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes wird in der Regel dann nicht beeinträchtigt, wenn die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der oder den Zweigpraxen ein Drittel seiner Tätigkeit am Vertragszahnarztsitz nicht übersteigt. Soweit sich die Zweigpraxis im Bezirk einer anderen KZV als der befindet, bei der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, kann der Vertragszahnarzt für die Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz angestellte Zahnärzte beschäftigen. Er kann außerdem Zahnärzte für die Tätigkeit in der Zweigpraxis nach Maßgabe der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragszahnarzt gelten würden, wenn er an dem weiteren Ort zugelassen wäre. Die Dauer der Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte in der oder den Zweigpraxen darf ein Drittel der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit am Vertragszahnarztsitz nicht überschreiten. Am Ort der Zweigpraxis kann ein Zahnarzt angestellt werden. Die Dauer dessen Tätigkeit in der Zweigpraxis darf die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der Zweigpraxis um höchstens 100 v. H. überschreiten. § 9 Absatz 3 dieses Vertrages gilt entsprechend.“*

\*\* § 24 Abs. 3 Satz 8 ZÄ-ZV: Der nach Satz 7 ermächtigte Vertragszahnarzt kann die für die Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte auch im Rahmen seiner Tätigkeit an dem weiteren Ort beschäftigen; § 10 Abs. 1 Satz 10 BMV-Z: Die Dauer der Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte in der oder den Zweigpraxen darf ein Drittel der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit am Vertragszahnarztsitz nicht überschreiten.

Bitte beachten Sie: Auch am Ort der Zweigpraxis kann ein Zahnarzt angestellt werden. Die Dauer dessen Tätigkeit in der Zweigpraxis darf die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der Zweigpraxis um höchstens 100 v. H. überschreiten. Zuständig für die Entscheidung über die Genehmigung der Beschäftigung am Ort der Zweigpraxis ist der Zulassungsausschuss bei der KZV, in deren Bezirk die Zweigpraxis betrieben wird. Hierfür ist ein gesonderter Antrag an den Zulassungsausschuss zu richten.

### Wie wird die Notfallbehandlung am Vertragszahnarztsitz gewährleistet?

---

---

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

---

Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1 lit. c (ZÄ-ZV) in Höhe von **100 Euro** wurde am \_\_\_\_\_ auf das Konto des Zulassungsausschusses für Zahnärzte Nordbayern - bei der – Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG Nürnberg - IBAN **DE85 3006 0601 0101 1261 72** | BIC **DAAEDEDXXX** überwiesen.

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

- |   |   |
|---|---|
| a) Auszug aus dem Zahnarztregister (§ 18 Abs.1a ZÄ-ZV)  | b) Bescheinigungen der KZVen über die bisherigen Niederlassungen und Zulassungen (§ 18 Abs. 2c ZÄ-ZV)                 |
| c) Lebenslauf (§ 18 Abs. 2a ZÄ-ZV) (mit Bild, Datum und Unterschrift)   | d) Erklärung über Rauschgift und Trunksucht (§ 18 Abs. 2e ZÄ-ZV)<br>(vorgefertigte Erklärung liegt diesem Antrag bei) |
| e) behördliches Führungszeugnis, nicht älter als sechs Monate (§ 18 Abs. 2b ZÄ-ZV) (behördliches Führungszeugnis gem. § 30 Abs. 5 BZRG) | f)  |

---

Ort / Datum

---

Unterschrift

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

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

## **ERKLÄRUNG**

gem. § 18 Abs. 2 e  
der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

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

Gesetzliche Hinderungsgründe stehen der Ausübung des zahnärztlichen Berufes nicht entgegen.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort und Datum

Unterschrift

## Informationsblatt zum Antrag auf Ermächtigung

---

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

- **Vertragszahnarztsitz / Praxisausweis (SMC-B)**  
Handelt es sich um eine Praxis-Neugründung, wird i.d.R. eine Ausstattung für den Anschluss an die Telematik-Infrastruktur benötigt. Teil hiervon ist die SMC-B-Karte, welche Sie ca. 4 Wochen vor Praxiseröffnung beantragen sollten. Sofern Sie im Zulassungsantrag an der entsprechenden Stelle „ja“ ankreuzen, wird Ihnen die KZVB die notwendigen Informationen für die Beantragung zukommen lassen. Wird Ihrem Zulassungsantrag nicht stattgegeben, sind die Kosten für die Bestellung des Praxisausweises von Ihnen selbst zu tragen. Im Falle des Eintritts in eine BAG prüfen Sie bitte, ob bereits eine SMC-B beantragt wurde oder in der Praxis vorhanden ist und der Inhaber der SMC-B auch weiterhin in der Praxis tätig sein wird.
- Infolge einer Gesetzesänderung müssen Sie bei Anträgen auf Zulassung/Teilzulassung/Ermächtigung ab sofort einen ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutz nachweisen. Sie erbringen den Nachweis durch eine aktuelle Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz im Original. Diese ist ab sofort eine notwendige Antragsunterlage. Die Versicherungsbescheinigung muss die Versicherungssumme enthalten und den neu in das Gesetz aufgenommenen § 95e SGB V bezeichnen.  
**Ohne ordnungsgemäße Versicherungsbescheinigung darf der Zulassungsausschuss die begehrte Zulassung/Teilzulassung/Ermächtigung nicht mehr erteilen.**
- **Antrag** im Original
- **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
- 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** 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-als-vertrags-zahnarzt>

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:**

- Ermächtigung 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