

Antrag auf Teilzulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung

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. Praxisanschrift: _____
(PLZ / Ort / Straße / Hausnr. der zukünftigen Praxis)

5. Vorgesehenes Niederlassungsdatum als Vertragszahnarzt/-zahnärztin: _____
dringend erforderlich

die allgemein Zahnärztliche

kieferorthopädische

Teilzulassung für den Vertragszahnarztsitz in _____

Die Niederlassung erfolgt in:

Einzelpraxis

Praxisgemeinschaft
anzeigepflichtig, vgl. § 33 Abs. 1 Satz 2 ZÄ-ZV

Berufsausübungsgemeinschaft
gesondertes Formular (s. Informationsblatt zum Zulassungsantrag)

Für diesen Standort werde ich einen Praxisausweis (SMC-B) beantragen: ja nein
Weitere Infos siehe Informationsblatt zum Zulassungsantrag

6. Ich erkläre hiermit, meinen Versorgungsauftrag für den oben genannten Vertragszahnarztsitz in
_____ ab dem _____

auf die **Hälfte des Versorgungsauftrages** nach § 19 Abs. 1 ZÄ-ZV zu beschränken.

7. 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 Gesundheitsdienst, in Zahnkliniken und in Zahnstationen der Bundeswehr | |
| von - bis | von - bis | bei Zahnarzt / Zahnklinik / Bundeswehr |
| | | |

8. Bisherige Zulassungen als Vertragszahnarzt/-zahnärztin 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 Konto des Zulassungsausschusses für Zahnärzte - Nordbayern - bei der - Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG Nürnberg - 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. 1a ZÄ-ZV)
- b) Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten (§ 18 Abs. 1b ZÄ-ZV)
- c) Lebenslauf (§ 18 Abs. 2a ZÄ-ZV)
(mit Bild, Datum und Unterschrift)
- d) behördliches Führungszeugnis, nicht älter als sechs Monate (§ 18 Abs. 2b ZÄ-ZV)
(behördliches Führungszeugnis gem. § 30 Abs. 5 BZRG siehe Anlage 2)
- e) Bescheinigungen der KZVen über die bisherigen Niederlassungen und Zulassungen (§ 18 Abs. 2c ZÄ-ZV)
- f) Erklärung über bestehende Dienst- und Beschäftigungsverhältnisse (§ 18 Abs. 2d ZÄ-ZV), unter Angabe der frühestmöglichen Beendigung
(vorgefertigte Erklärung liegt diesem Antrag bei)
- g) Erklärung über Rauschgift und Trunksucht (§ 18 Abs. 2e ZÄ-ZV)
(vorgefertigte Erklärung liegt diesem Antrag bei)

12. Nachweis über eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung gem. § 113 VVG i.V. § 95 e SGB V
(siehe beiliegendes Informationsblatt)

Ort / Datum

Unterschrift

Name, Vorname: _____

ERKLÄRUNG

gemäß § 18 Absatz 2 d der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte
(siehe auch § 20 ZÄ-ZV)

- Hiermit gebe ich die Erklärung ab, dass ich zum Zeitpunkt dieser Bewerbung in keinem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe.
- Folgendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis besteht:

Das frühestmögliche Ende des derzeitigen Beschäftigungsverhältnisses ist der _____

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

Ort und Datum

Unterschrift

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 Zulassungsantrag

Für die Zulassung / Teilzulassung 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 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 nicht mehr erteilen.

- **Antrag** auf Zulassung/Teilzulassung 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
(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-als-vertragszahnarzt>

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