

Antrag auf Zulassung 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 -12
-14
-18

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 allgemeinzahnärztliche kieferorthopädische

Zulassung für den Vertragszahnarztsitz in _____

6. Die Niederlassung erfolgt in:

Einzelpraxis **Praxisgemeinschaft** **Berufsausübungsgemeinschaft**
anzeigepflichtig, vgl. § 33 Abs. 1 Satz 2 ZÄ-ZV gesondertes Formular (s. Informationsblatt zum Zulassungsantrag)

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 Gesund- heitsdienst, 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 ist erklärt. Meine Zulassung wird voraussichtlich zum _____ beendet.

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:

- **Telematik-Infrastruktur (TI) / Praxisausweis (SMC-B)**
- Elementarer Bestandteil der TI ist die SMC-B, sie dient zur Authentisierung Ihrer Praxis gegenüber der TI und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Auch bei Praxisübernahmen ist zwingend eine neue SMC-B zu bestellen. Den Antrag hierzu fordern Sie mit dem Kontaktformular unter www.kzvb.de/praxisausweis direkt bei uns an. Sie erhalten dann von uns per E-Mail einen Link zu Ihrem persönlichen Antrag. Bei Fragen kontaktieren Sie uns bitte über Praxisausweis@kzvb.de. Wird Ihrem Zulassungsantrag nicht stattgegeben, sind die Kosten für die Bestellung des Praxisausweises von Ihnen selbst zu tragen.
- **BHV Nachweis:**
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
- 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