

Antrag auf Änderung des zahnärztlichen Leiters eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Südbayern -
Fallstraße 34
81369 München

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

zulassung-suedbayern@kzvb.de

Für das MVZ

Name des MVZ

ABE-Nummer

in

Adresse des MVZ

wird die **Änderung des zahnärztlichen Leiters des MVZ** beantragt.

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

Ab _____

soll _____
Titel, Vorname, Name

als

- ☐ zugelassener Vertragszahnarzt
- ☐ angestellter Zahnarzt (mindestens 20 Std/Woche)

die zahnärztliche Leitung im MVZ übernehmen.

- ☐ Der Nachweis über die Ernennung zum zahnärztlichen Leiter (Arbeitsvertrag) ist beigelegt.

E-Mail-Adresse des Antragsstellers: _____ **für**
evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Antrag. Diese erfolgen ausschließlich per E-Mail.

Datum, Unterschrift Vertretungsberechtigter des MVZ-Trägers

Datum, Unterschrift zahnärztlicher Leiter
(persönlich)

Die Verwaltungsgebühr in Höhe von **120 Euro** gem. § 46 Abs. 1 lit. c Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte wurde am _____ auf das Konto des Zulassungsausschusses für Zahnärzte – Südbayern – bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank München
IBAN **DE14 3006 0601 0601 1261 72** | BIC **DAAEDEDXXX** überwiesen.