Antrag
auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung in einem Medizinischen Versorgungszentrum

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
– Südbayern –
Fallstraße 34
81369 München

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

zulassung-suedbayern@kzvb.de

Hiermit beantrage ich,

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

2. Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

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

4. die Zulassung in dem **MVZ**

_____
MVZ Name

_____
Adresse (bitte genauen Standort des MZV angeben)

5. ☐ allgemeinzahnärztlich ☐ kieferorthopädisch

6. Vorgesehenes Niederlassungsdatum als Vertragszahnarzt: _____
dringend erforderlich

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 in zeitlicher Reihenfolge:

von - bis	Praxisanschrift	Grund der Aufgabe des Vertrags-zahnarztsitzes

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 Südbayern bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank München **IBAN DE14 3006 0601 0601 1261 72 | BIC DAAEDEDDXXX** 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)

b) Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten (§ 18 Abs. 1 lit. b ZÄ-ZV)

c) Lebenslauf (§ 18 Abs. 2 Nr. 1 ZÄ-ZV)
(mit Datum und Unterschrift)

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)

e) Bescheinigungen der KZVen über die bisherigen Niederlassungen und Zulassungen (§ 18 Abs. 2 Nr. 3 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)

g) Erklärung über Rauschgift und Trunksucht (§ 18 Abs. 2 Nr. 5 ZÄ-ZV)
(vorgefertigte Erklärung liegt diesem Antrag bei)

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

_____
Ort / Datum

_____
Unterschrift

Informationen gem. Art. 13 DS-GVO finden Sie in unserer Datenschutzerklärung.

Name, Vorname: _____

E R K L Ä R U N G

gemäß § 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

Anlage 1

Informationsblatt zum Zulassungsantrag

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

- Antrag auf Vollzulassung 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** (gilt nur für Kieferorthopäden)
- aktueller **Lebenslauf** mit Datum und Unterschrift (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!
- ggf.: **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 – Südbayern –, bei den Bezirksstellen oder im Internet unter www.kzvb.de/berufsausuebung/zulassung
Bitte senden Sie uns nur **Originalunterlagen** zu.

Für weitere Fragen wenden Sie sich bitte an zulassung-suedbayern@kzvb.de.

Anlage 2

Zur Vorlage bei der Meldebehörde zur Beantragung eines behördlichen Führungszeugnisses

Hiermit fordere ich die Ausstellung eines **behördlichen Führungszeugnisses gem. § 30 Abs. 5 BZRG** durch

_____
zuständige Stadt-/Gemeindeverwaltung (Wohnsitz)

an.

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: Antrag auf Zulassung

Empfänger angeben:

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
– Südbayern –
Fallstraße 34
81369 München

Bitte denken Sie beim Anfordern an:

- Personalausweis oder Reisepass
- Gebühr für das Führungszeugnis