

# Antrag auf Ruhen der Tätigkeit eines angestellten Zahnarztes / KFO in einem MVZ

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Südbayern -  
Fallstraße 34  
81369 München

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

[zulassung-suedbayern@kzvb.de](mailto:zulassung-suedbayern@kzvb.de)

Das \_\_\_\_\_  
Name des MVZ

beantragt das **Ruhen** / die **Verlängerung des Ruhens** für den angestellten Zahnarzt / KFO:

\_\_\_\_\_

ab dem \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich zum \_\_\_\_\_ für den  
(nicht rückwirkend möglich)

Vertragszahnarztsitz in \_\_\_\_\_  
Praxisort, für den der Angestellte genehmigt wurde; ggf. Zweigpraxisort

## **Begründung:**

- Krankheit (Attest erforderlich)
- Fortbildung (Nachweis erforderlich)
- Mutterschafts- bzw. Erziehungsurlaub / Beschäftigungsverbot (Nachweis erforderlich)
- Sonstige Gründe: \_\_\_\_\_

Es ist bekannt, dass die vom Zulassungsausschuss genehmigte Ruhezeit des/der Angestellten beendet bzw. verlängert werden kann. Hierfür muss fristgerecht (mind. 5 Wochen vor Ablauf des Ruhens) eine schriftliche Mitteilung an den Zulassungsausschuss erfolgen.

Die Gebühr 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.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift MVZ Vertretungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift angestellter Zahnarzt

ABE-Praxisstempel: