

# Antrag auf Wechsel der Gebietsbezeichnung

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Südbayern -  
Fallstraße 34  
81369 München

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

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

Ich, \_\_\_\_\_,  
Titel, Vorname, Name

beantrage den Wechsel der Gebietsbezeichnung gem. § 24 Abs. 6 ZÄ-ZV ab dem

\_\_\_\_\_  
Datum

Die Anerkennung zum Führen der Gebietsbezeichnung „**Fachzahnarzt für Kieferorthopädie**“

wurde am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ ausgestellt.  
Datum ausstellende Behörde

Die Anerkennungsurkunde ist der zuständigen Bezirksstelle zur Eintragung in das Zahnarztregister vorzulegen.

Erfolgte die Eintragung ins Zahnarztregister nicht bei der KZVB, ist eine Kopie der Weiterbildungsurkunde sowie ein aktueller Registerauszug beizulegen, aus dem sich der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen der Gebietsbezeichnung ergibt.

Die Gebühr in Höhe von **120 Euro** gem. § 46 Abs. 1 lit. c Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZÄ-ZV) wurde am \_\_\_\_\_ auf das Konto des Zulassungsausschusses Süd-bayern 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

ABE-Praxisstempel: