

# Antrag auf Teilzulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Südbayern -  
Fallstraße 34  
81369 München

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

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

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

☐ allgemein Zahnärztliche

☐ kieferorthopädische

Teilzulassung für den Vertragszahnarztsitz in \_\_\_\_\_

Die Niederlassung erfolgt in

Einzelpraxis ☐      Praxisgemeinschaft ☐  
anzeigespflichtig, vgl. § 33 Abs. 1 Satz 2 ZÄ-ZV

Berufsausübungsgemeinschaft ☐  
gesondertes Formular (s. Informationsblatt zum Zulassungsantrag)

6. Ich erkläre hiermit, meinen Versorgungsauftrag für den **neu** beantragten Vertragszahnarztsitz in

\_\_\_\_\_ ab dem \_\_\_\_\_  
Neue Praxisadresse Datum

auf die  **Hälfte des Versorgungsauftrages** nach § 19a Abs. 1 zu beschränken.

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,<br>Vertreter oder Angestellter |                                                                                                   | Für alle aufgeführten Arbeitsstellen müssen<br>Arbeitsbescheinigungen der Arbeitgeber beiliegen: |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| bei einem Zahnarzt<br>mit Zulassung als<br>Vertragszahnarzt / MVZ         | im öffentlichen Gesund-<br>heitsdienst, in Zahnkliniken<br>und in Zahnstationen der<br>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 Vertrags-<br>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 DAAEDEDXXX** überwiesen.

11. Als Anlagen sind gemäß § 18 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZÄ-ZV) beigefügt:

- |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) Auszug aus dem Zahnarztregister<br>(§ 18 Abs. 1 lit. a ZÄ-ZV)                                                                                                                                            | e) Bescheinigungen der KZVen über die<br>bisherigen Niederlassungen und Zu-<br>lassungen (§ 18 Abs. 2 Nr. 3 ZÄ-ZV)                                                                                          |
| b) Bescheinigungen über die<br>seit der Approbation ausgeübten<br>zahnärztlichen Tätigkeiten<br>(§ 18 Abs. 1 lit. b ZÄ-ZV)                                                                                  | f) Erklärung über bestehende Dienst- und<br>Beschäftigungsverhältnisse (§ 18 Abs.<br>2 Nr. 4 ZÄ-ZV), unter Angabe der frühest-<br>möglichen Beendigung<br>(vorgefertigte Erklärung liegt diesem Antrag bei) |
| c) Lebenslauf (§ 18 Abs. 2 Nr. 1 ZÄ-ZV)<br>(mit Datum und Unterschrift)                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                             |
| d) behördliches Führungszeugnis,<br>zum Zeitpunkt der Sitzung<br><b>nicht älter als sechs Monate</b><br>(§ 18 Abs. 2 Nr. 2 ZÄ-ZV)<br>(behördliches Führungszeugnis gem. § 30 Abs. 5 BZRG<br>siehe Anlage 2) | g) Erklärung über Rauschgift und Trunk-<br>sucht (§ 18 Abs. 2 Nr. 5 ZÄ-ZV)<br>(vorgefertigte Erklärung liegt diesem Antrag bei)                                                                             |

12. Nachweis über eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung gem. § 113 VVG i.V. § 95 e SGB V  
(siehe beiliegendes Informationsblatt)

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

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

## ERKLÄRUNG

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

## ERKLÄRUNG

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

## Informationsblatt zum Zulassungsantrag

Für die Zulassung / Teilzulassung zur zahnärztlichen bzw. kieferorthopädischen Versorgung 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](http://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](mailto:Praxisausweis@kzvb.de).**

Wird Ihrem Zulassungsantrag nicht stattgegeben, sind die Kosten für die Bestellung des Praxisausweises von Ihnen selbst zu tragen.

- Infolge einer Gesetzesänderung müssen Sie bei Anträgen auf Genehmigung zur Beschäftigung von Angestellten 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 Anstellungsgenehmigung nicht mehr erteilen.**
- Antrag auf 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** (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 <https://www.kzvb.de/berufsausuebung/zulassung-als-vertragszahnarzt>

Bitte senden Sie uns nur **Originalunterlagen** zu.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an [zulassung-suedbayern@kzvb.de](mailto:zulassung-suedbayern@kzvb.de).

***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