

Antrag auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung (sog. Vollzulassung)

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Südbayern -
Fallstraße 34
81369 München

Zuständigkeitsbereich A - K
Tel.: 089 / 7 24 01-511

Zuständigkeitsbereich L - Z
Tel.: 089 / 7 24 01-507

Hiermit bewerbe ich mich

um die Zulassung für den Vertragszahnarztsitz in _____

allgemein Zahnärztlich

kieferorthopädisch

Einzelpraxis

Praxisgemeinschaft

Berufsausübungsgemeinschaft

gesondertes Formular (s. Informationsblatt zum Zulassungsantrag)

Für diesen Standort werde ich einen Praxisausweis (SMC-B) beantragen: ja nein

Weitere Infos siehe Informationsblatt zum Zulassungsantrag

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

6. Häufige Beschränkung des Versorgungsauftrags: nein

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 Gesund- heitsdienst, in Zahnkliniken und in Zahnstationen der 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 Vertragszahnarztsitzes

9. Besondere Bemerkungen: _____

Sie erreichen mich unter folgender Rufnummer und E-Mail-Adresse:

10. Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1c (ZÄ-ZV) in Höhe von **100 Euro** wurde am _____ auf das Bankkonto des Zulassungsausschusses Südbayern bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank 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 (§ 18 Abs.1a ZÄ-ZV) | e) Bescheinigungen der KZVen über die bisherigen Niederlassungen und Zulassungen (§ 18 Abs. 2c ZÄ-ZV) |
| b) Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten (§ 18 Abs. 1b ZÄ-ZV) | f) Erklärung über bestehende Dienst- und Beschäftigungsverhältnisse (§ 18 Abs. 2d ZÄ-ZV), unter Angabe der frühestmöglichen Beendigung (vorgefertigte Erklärung liegt diesem Antrag bei) |
| c) Lebenslauf (§ 18 Abs. 2a ZÄ-ZV) (mit Datum und Unterschrift) | g) Erklärung über Rauschgift und Trunksucht (§ 18 Abs. 2e ZÄ-ZV) (vorgefertigte Erklärung liegt diesem Antrag bei) |
| d) behördliches Führungszeugnis, nicht älter als sechs Monate (§ 18 Abs. 2b ZÄ-ZV) (behördliches Führungszeugnis gem. § 30 Abs. 5 BZRG siehe Anlage 2) | |

Ort, Datum

Unterschrift

Name, Vorname: _____

ERKLÄRUNG

gemäß § 18 Absatz 2 d der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte
(siehe auch § 20 ZÄ-ZV)

- Hiermit gebe ich die Erklärung ab, dass ich zum Zeitpunkt dieser Bewerbung in keinem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe.
- Folgendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis besteht:

Das frühestmögliche Ende des derzeitigen Beschäftigungsverhältnisses ist der _____

- Mir ist bekannt, dass im Falle eines bereits genehmigten Anstellungsverhältnisses ggf. die „Abmeldung“ oder „Reduzierung“ meiner Tätigkeit durch den Arbeitgeber beim Zulassungsausschuss beantragt werden muss bzw. meine genehmigte Assistententätigkeit als Vorbereitungsassistent/in immer bei (der Bezirksstelle) der jeweiligen KZV abgemeldet werden muss.

Ort, Datum

Unterschrift

ERKLÄRUNG

gem. § 18 Abs. 2 e
der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin bzw. innerhalb der letzten fünf Jahre nicht drogen- oder alkoholabhängig war und mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterziehen musste.

Gesetzliche Hinderungsgründe stehen der Ausübung des zahnärztlichen Berufes nicht entgegen.

Ort, Datum

Unterschrift

Informationsblatt zum Zulassungsantrag

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

- **Vertragszahnarztstz / Praxisausweis (SMC-B)**
Handelt es sich um eine Praxis-Neugründung, wird i.d.R. eine Ausstattung für den Anschluss an die Telematik-Infrastruktur benötigt. Teil hiervon ist die SMC-B, welche Sie ca. 4 Wochen vor Praxiseröffnung beantragen sollten. Sollten Sie im Zulassungsantrag „ja“ ankreuzen, wird Ihnen die KZVB die notwendigen Infos für die Beantragung zukommen lassen. Kann Ihrem Zulassungsantrag nicht stattgegeben werden, sind die Kosten für die Bestellung des Praxisausweises von Ihnen selbst zu tragen. Im Falle des Eintritts in eine BAG prüfen Sie bitte, ob bereits eine SMC-B beantragt wurde oder in der Praxis vorhanden ist und der Antragsteller der SMC-B auch weiterhin in der Praxis tätig sein wird!
- Antrag auf Zulassung / Teilzulassung im Original
- ggf. bei Teilzulassung die Erklärung „Teilzulassung“ gem. § 19 ZÄ-ZV
- Auszug aus dem Zahnarztregister gem. § 18 Abs.1 Satz 3 a ZÄ-ZV
- Weiterbildungsurkunde (gilt nur für Kieferorthopäden bzw. Oralchirurgen oder für MKG)
- aktueller Lebenslauf mit Bild, Datum und Unterschrift (ohne Unterschrift können wir den Lebenslauf nicht akzeptieren.)
- alle Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeführten Tätigkeiten gem. § 18 Abs. 1 Satz 3 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!
- Bescheinigungen der KZVen (sog. Niederlassungsbescheinigung), in deren Bereich der Zahnarzt bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben,
- Erklärung über ein zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses gem. § 18 Abs. 2d ZÄ-ZV
- Erklärung des Zahnarztes/Kieferorthopäden gem. § 18 Abs. 2e 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.
- Antragsgebühr in Höhe von 100 Euro
- **Mitteilung der Meldung beim Zahnärztlichen Bezirksverband (ZBV)**, gem. § 3 Meldeordnung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer (BLZK).

Für die Reduzierung der Zulassung auf die Hälfte des Versorgungsauftrages sind nötig:

- Antrag auf Reduzierung gem. § 19 ZÄ-ZV
- Antragsgebühr 120 Euro

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

Für weitere Fragen sind wir gerne telefonisch für Sie da:
unter 089 / 7 24 01-511 (A-K), -507 (L-Z) oder -596

*Legen Sie dieses Schreiben
bitte bei Ihrer zuständigen Meldebehörde vor.*

Bitte **behördliches Führungszeugnis gem. § 30 Abs. 5 BZRG** anfordern:

- bei der zuständigen Stadt-/Gemeindeverwaltung (Wohnsitz)

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:

- Zulassung als Vertragszahnarzt

Empfänger angeben:

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
– Südbayern –
Fallstraße 34
81369 München

Bitte denken Sie beim Anfordern an:

- Personalausweis oder Reisepass
- Gebühr für das Führungszeugnis