Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Geschäftsbereich Zulassung
Telefon 0351 8053-416
poststelle@kzv-sachsen.kim.telematik
zulassung@kzv-sachsen.de

Posteingang

Aufnahme der Tätigkeit

Vertragszahnarzt

Ich zeige an, dass ich die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufnehmen werde / aufgenommen habe.

Abrechnungsnummer: .....

Titel, Vorname, Name: .....

Beginn der Tätigkeit: .....

Praxisanschrift: .....

Telefon: .....

Telefax: .....

E-Mail: .....

WWW: .....

Wohnanschrift: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Hinweis: Die Korrespondenz über ein Postschließfach ist nicht möglich.

Bankverbindung (laut Abtretungserklärung Ihres Kreditinstituts)

Kreditinstitut: .....

BIC: .....

IBAN: .....

Veröffentlichung von Praxisinformationen auf „Zahnärzte-in-Sachsen“

Auf der Website www.zahnaerzte-in-sachsen.de werden in der Rubrik „Zahnarztsuche“ die Praxisdaten jedes zugelassenen Zahnarztes (Name, Anschrift, Telefonnummer) veröffentlicht. Wenn Sie weitere Informationen Ihrer Praxis dort veröffentlichen möchten, füllen Sie bitte den Meldebogen „Veröffentlichung von Praxisinformationen auf Zahnärzte-in-Sachsen“ aus und reichen es zusammen mit diesem Formular bei der KZV Sachsen ein.

....

Ort / Datum Unterschrift / Praxisstempel

Hinweis: Wenn Sie Ihre Tätigkeit aufnehmen, wird Ihr zuständiger Notdiensteinteiler und Obmann (Stammtischverantwortlicher) darüber informiert. Er erhält Ihre Praxisdaten, wie Name, Anschrift und Telefonnummer.

© KZV Sachsen

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Geschäftsbereich Zulassung
Telefon 0351 8053-416
Telefax 0351 8053-417
zulassung@kzv-sachsen.de

Posteingang

Veröffentlichung von Praxisinformationen auf „Zahnärzte-in-Sachsen“

Auf der Website www.zahnaerzte-in-sachsen.de werden in der Rubrik „Zahnarztsuche“ die Praxisdaten jedes zugelassenen Zahnarztes veröffentlicht.

(Hinweis: Standard ist mindestens die Veröffentlichung von Name, Praxisanschrift und Telefonnummer.)

Abrechnungsnummer: .....

Titel, Vorname, Name: .....

Praxisanschrift: .....

Telefon: .....

Telefax: .....

E-Mail: .....

Praxis-Website: .....

Ich stimme der Veröffentlichung weiterer Praxisinformationen zu	ja	nein
Meine Telefaxnummer	☐	☐
Meine E-Mail-Adresse	☐	☐
Meine Praxis-Website-Adresse	☐	☐
Fachzahnarztbezeichnung/Tätigkeitsschwerpunkt (gem. Berufsordnung der LZK Sachsen; Urkunde / Nachweis bitte beilegen)	☐	☐
Meine Praxis ist barrierearm erreichbar (Informationen hierzu finden Sie unter www.kzbv.de → Zahnärzte → Rund um die Praxis → Checkliste „Barrierearme Praxis“)	☐	☐
Meine Praxissprechzeiten (wenn ja, bitte nachfolgend aufführen)	☐	☐

Praxissprechzeiten	vormittags (Sprechzeit 1)	nachmittags (Sprechzeit 2)
Montag:		
Dienstag:		
Mittwoch:		
Donnerstag:		
Freitag:		
Weitere Hinweise:		

....
Ort / Datum Unterschrift / Praxisstempel

© KZV Sachsen