

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

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

Eingang Geschäftsstelle

Antrag auf Genehmigung zur Anstellung eines Zahnarztes

1. Antragsteller (vom Vertragszahnarzt oder Leiter des MVZ auszufüllen)

Abrechnungsnummer:

Titel, Vorname, Name des Vertragszahnarztes

oder Leiter des MVZ:

Anschrift:

.....

Telefon:

E-Mail:

2. Ich beantrage die Genehmigung zu Anstellung von

Titel, Vorname, Name:

Fachgebiet / Tätigkeitsschwerpunkt:

in Vollzeit (über 30 Stunden pro Woche) oder

in Teilzeit (Teilzeitfaktor bitte ankreuzen) 0,25 (bis 10 Stunden pro Woche)

0,50 (über 10 Stunden pro Woche)

0,75 (über 20 Stunden pro Woche)

Arbeitszeit (Stunden pro Woche):

Beginn der Tätigkeit:

Der Arbeitsvertrag ist in der Anlage beigefügt.

Hinweis Pflichtfortbildung nach § 95 d SGB V: Der Vertragszahnarzt / das MVZ ist nachweis verpflichtet für die Fortbildung seines angestellten Zahnarztes.

Hinweis Notfalldienstordnung: angestellte Zahnärzte können zum Notfalldienst eingeteilt werden.

3. Antragsgebühr

Die Gebühr von 120,00 € nach § 46 Abs. 1 c Z-ZV ist auf das Konto der KZV Sachsen zu überweisen.

Die Gebühr habe ich am .. auf das Bankkonto der KZV Sachsen bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank überwiesen.

IBAN: DE28 3006 0601 0003 0929 84

BIC: DAAEDEDXXX

Verwendungszweck: Genehmigung angestellter Zahnarzt

Hinweis: Nach rechtskräftiger Anstellungsgenehmigung ist nach § 46 Abs. 2 c Z-ZV eine Gebühr von 400,- Euro fällig.

.....
Ort / Datum

.....
Praxisstempel / Unterschrift

4. Angaben des angestellten Zahnarztes (vom angestellten Zahnarzt auszufüllen)

Titel, Vorname, Name:
Geburtsdatum: Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:
Wohnanschrift:
.....
Telefon:
E-Mail:

5. Ich beantrage die Erteilung der Genehmigung zur Tätigkeit als angestellter Zahnarzt

für das Fachgebiet:
Beginn der Tätigkeit:
Name des Vertragszahnarztes / des MVZ:

6. Lückenlose Aufstellung der seit der Eintragung in das Zahnarztregister ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten (entfällt wenn Sie schon vertragszahnärztlich tätig waren)

| in unselbstständiger Anstellung als Assistent, angestellter Zahnarzt oder Vertreter von – bis | bei Zahnarzt / Zahnklinik / Bundeswehr |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

7. Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen des angestellten Zahnarztes bei:

- Auszug aus dem Zahnarztregister nach § 18 Abs. 1 Z-ZV oder
- Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister
- unterschriebener lückenloser Lebenslauf nach § 18 Abs. 2 Z-ZV
- Bescheinigungen der KZVen, in deren Bereich Sie bisher vertragszahnärztlich tätig waren, aus denen sich der Ort und die Dauer der bisherigen Niederlassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben nach § 18 Abs. 2 Z-ZV
- Belegnachweis zur Beantragung eines behördliches Führungszeugnisses nach § 30 Abs. 5 BZRG (darf zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate sein)
wurde beantragt am bei
- Kopie des Personalausweises
- Die Berechtigung (Urkunde, Anerkennung) zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung liegt bei, beziehungsweise ist im Zahnarztregister eingetragen.

- Bei vorheriger Tätigkeit in einem anderen KZV-Bereich, eine Bestätigung der KZV über den letzten nachgewiesenen fünfjährigen Fortbildungszyklus nach § 95 d SGB V.

8. Erklärung zu derzeitigen Dienst- oder Beschäftigungsverhältnissen nach § 18 Abs. 2 Z-ZV

- Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis als
bei
- zugelassener Vertragszahnarzt
- zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung ermächtigter Zahnarzt
- im Bezirk der KZV
- Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum
- Die angegebene Tätigkeit wird im Anteil von Wochenstunden weitergeführt.
- ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

9. Erklärung über Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nach § 18 Abs. 2 Z-ZV

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich weder drogen- noch alkoholabhängig bin und auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin, dass ich mich in den letzten fünf Jahren keiner Entziehungskur unterziehen musste und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung meines zahnärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

10. Einverständniserklärung

- Ich bin damit einverstanden, dass die KZV Sachsen nach erteilter Anstellungsgenehmigung meine persönlichen Daten/den Anstellungsstatus an die LZK Sachsen und die Zahnärzteleverorgung übermittelt.
- Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen werden kann.**

Mir ist die Pflicht zur Teilnahme am zahnärztlichen Notfalldienst bekannt.

Ich bin über meine Pflicht zur fachlichen Fortbildung nach § 95 d SGB V informiert.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift