

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen
Vorstand
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

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

Posteingang

Antrag auf Genehmigung einer Zweigpraxis nach § 24 Abs. 3 Z-ZV

1. Antragsteller

Abrechnungsnummer:

Titel, Vorname, Name
des Vertragszahnarztes:

Praxisanschrift:

.....

Telefon:

E-Mail:

2. Anschrift der geplanten Zweigpraxis

Praxisanschrift:

.....

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

3. Sprechzeiten in der Hauptpraxis

Wochentag	Vormittags	Nachmittags
Montag	-	-
Dienstag	-	-
Mittwoch	-	-
Donnerstag	-	-
Freitag	-	-

4. Sprechzeiten in der Zweigpraxis

Wochentag	Vormittags	Nachmittags
Montag	-	-
Dienstag	-	-
Mittwoch	-	-
Donnerstag	-	-
Freitag	-	-

5. Beginn der Tätigkeit in der Zweigpraxis

Hinweis: Die Tätigkeit in der Zweigpraxis kann erst dann erfolgen, wenn Ihnen die schriftliche Genehmigung der KZV Sachsen / Beschluss des Zulassungsausschusses vorliegt.

Geplanter Beginn der Tätigkeit:

6. Begründung für die Zweigpraxis

Warum verbessert die Zweigpraxis die Versorgung der Versicherten vor Ort?

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift / Praxisstempel