

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der  
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen  
Schützenhöhe 11  
01099 Dresden

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



## Antrag auf Ruhen der Tätigkeit meines angestellten Zahnarztes

### 1. Antragsteller

Abrechnungsnummer: .....

Titel Vorname Name: .....

**Praxisanschrift:** .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Ich beantrage das Ruhen / die Verlängerung des Ruhens der Tätigkeit meines angestellten Zahnarztes .....  
Titel Vorname Name des angestellten Zahnarztes

ab dem ..... bis voraussichtlich zum .....  
Datum Datum

### Begründung:

- Krankheit (ärztliches Attest liegt bei)
- Fortbildung (Nachweis liegt bei)
- Mutterschafts- bzw. Erziehungszeit (Nachweis liegt bei)
- Sonstige Gründe: .....  
.....  
.....

Mir ist bekannt, dass mein angestellter Zahnarzt das vom Zulassungsausschuss genehmigte Ruhen jederzeit unterbrechen und seine Tätigkeit bei mir wieder aufnehmen kann. In diesem Fall werde ich die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses darüber schriftlich informieren.

### 2. 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: Ruhen der Tätigkeit AZ

.....  
Ort / Datum

.....  
Praxisstempel / Unterschrift