

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



## Antrag auf Ruhen meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit

### 1. Antragsteller

Abrechnungsnummer: .....

Titel, Vorname, Name: .....

**Praxisanschrift:** .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

**Privatanschrift:** .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Ich beantrage das Ruhen / die Verlängerung des Ruhens meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit 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 ich das vom Zulassungsausschuss genehmigte Ruhen jederzeit unterbrechen und meine vertragszahnärztliche Tätigkeit wieder aufnehmen kann. In diesem Fall werde ich die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses darüber schriftlich informieren.

**Sollte ich in der Zeit des Ruhens meiner Tätigkeit zum Notfalldienst eingeteilt sein, liegt es in meiner Verantwortung für eine Vertretung zu sorgen.**

### 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 Zulassung

.....  
Ort / Datum

.....  
Praxisstempel / Unterschrift