

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

Posteingang Geschäftsstelle

## Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V

### 1. Name / Bezeichnung des MVZ (max. 100 Zeichen)

.....  
.....

Anschrift der Betriebsstätte: .....

.....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Zulassung wird beantragt zum: .....

.....

### 2. Gründer des MVZ

Als Gründer eines MVZ können nach § 95 Absatz 1a SGB V folgende Leistungserbringer<sup>1</sup> auftreten. Der benannte Buchstabe ist bei der namentlichen Nennung (Seite 2) mit anzugeben.

<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	<b>Vertragszahnarzt</b> beizufügen ist: Zahnarztregister (nur für Zahnärzte außerhalb der KZV Sachsen)
<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	<b>Zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V</b> beizufügen sind: <input type="checkbox"/> Nachweis über die Anerkennung als Hochschulklinik oder <input type="checkbox"/> Nachweis über die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes XY oder <input type="checkbox"/> Versorgungsvertrag i. S. d. § 109 SGB V und <input type="checkbox"/> Gesellschaftsvertrag der Krankenhausträgerschaft <input type="checkbox"/> Auszug aus dem Handelsregister von der Krankenhausträgerschaft
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	<b>Kommune</b>
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	<b>Gemeinnützige Träger, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen</b> beizufügen sind: Bescheid über die Zulassung oder Ermächtigung zur vertragszahnärztlichen Versorgung sowie Nachweis Gemeinnützigkeit

<sup>1</sup> zutreffendes bitte ankreuzen!

**Die jeweils genannten Unterlagen sind diesem Antrag im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie beizufügen!**

**Gründungsberechtigter Gesellschafter 1:**

Der Nachweis der Voraussetzungen nach o. g. Buchstaben ..... liegt bei.

Titel, Vorname, Name: ... ..

Anschrift – dienstlich: .....  
.....

Telefon – dienstlich: .....

E-Mail – dienstlich: .....

Anschrift – privat: .....

Telefon – privat: .....

E-Mail – privat: .....

**Gründungsberechtigter Gesellschafter 2:**

Der Nachweis der Voraussetzungen nach o. g. Buchstaben ..... liegt bei.

Titel, Vorname, Name: ... ..

Anschrift – dienstlich: .....  
.....

Telefon – dienstlich: .....

E-Mail – dienstlich: .....

Anschrift – privat: .....

Telefon – privat: .....

E-Mail – privat: .....

**Gründungsberechtigter Gesellschafter 3:**

Der Nachweis der Voraussetzungen nach o. g. Buchstaben ..... liegt bei.

Titel, Vorname, Name: ... ..

Anschrift – dienstlich: .....  
.....

Telefon – dienstlich: .....

E-Mail – dienstlich: .....

Anschrift – privat: .....

Telefon – privat: .....

E-Mail – privat: .....

**Weitere Angaben:**

- **Der nach dem Antrag Gründungsberechtigte i. S. d. § 95 Abs. 1a Satz 1 und Abs. 1b SGB V betreibt weitere MVZ**

ja  nein

**Falls „ja“:** Die MVZ werden unter folgenden Namen und an folgenden Standorten (bitte die genaue Anschrift angeben) betrieben:

1. ....  
.....
2. ....  
.....
3. ....  
.....
4. ....  
.....

(Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte ein Beiblatt verwenden.)

**Falls „nein“:** Tritt das hier beantragte MVZ mit anderen MVZ nach außen gemeinschaftlich auf (z. B. gleicher Markenname, gemeinsame Internetseite, gemeinschaftlich genutzter Name)?

ja  nein

Die anderen MVZ werden an folgenden Standorten betrieben (Name und Anschrift):

1. ....  
.....
2. ....  
.....
3. ....  
.....
4. ....  
.....

(Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte ein Beiblatt verwenden.)

- **Zusammenschluss der Standorte zu einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (üBAG):**

ja  nein

- **Tätigkeit des MVZ in Praxisgemeinschaft mit**

.....

### 3. Allgemeine Angaben zur Trägergesellschaft

Name: .....

Anschrift .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Vertretungsberechtigter  
bzw. Geschäftsführer: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

### 4. Rechtsform der Trägergesellschaft

- Gesellschaft bürgerlichen Rechts**  
Aktueller Gesellschaftsvertrag nach § 705 BGB ist beigelegt.
- Partnerschaftsgesellschaft**  
Aktueller Gesellschaftsvertrag nach § 3 PartGG sowie aktueller Partnerschaftsregisterauszug nach § 4 PartGG sind beigelegt.
- Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)**  
Aktueller Gesellschaftsvertrag nach §§ 2, 3 GmbHG sowie aktueller Handelsregisterauszug nach § 7 GmbHG sind beigelegt.
- eingetragene Genossenschaft (e. G.)**  
Aktuelle Satzung nach § 5 GenG sowie aktueller Auszug aus dem Genossenschaftsregister nach § 10 GenG sind beigelegt.
- Eigenbetrieb**  
Aktuelle Satzung ist beigelegt.
- Regiebetrieb**  
Aktuelle Satzung ist beigelegt.

### 5. Leistungserbringer im MVZ

- Teilnahme von zugelassenen Vertragszahnärzten (VZA)**  
Der entsprechende Antrag je Vertragszahnarzt ist beigelegt.
- Anstellung von Zahnärzten (AZ)**  
Der entsprechende Antrag je Zahnarzt ist beigelegt.

Für folgende Zahnärzte sind Anträge auf Genehmigung als Leistungserbringer im MVZ beigelegt:

Titel Vorname Name	Fachgebiet	als VZA	als AZ	wöchentliche Arbeitszeit	Beginn der Tätigkeit

## 6. Zahnärztliche Leitung

Der Nachweis über die Ernennung / Berufung (Arbeitsvertrag) ist beigelegt.

Titel, Vorname, Name: .....

Anschrift – privat: .....

Telefon – privat: .....

E-Mail – privat: .....

Hinweis: Der zahnärztliche Leiter muss selbst mindestens halbtags als angestellter Zahnarzt oder als Vertragszahnarzt im MVZ tätig sein.

## 7. Selbstschuldnerische Bürgschaft

Sofern das MVZ in der Rechtsform einer GmbH oder Genossenschaft organisiert ist, sind dem Antrag selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen aller Gesellschafter beizufügen.

Diesem Antrag liegt/liegen die hiernach erforderliche(n) selbstschuldnerische(n) Bürgschaftserklärung(en) bei.

## 8. Antragsgebühr nach § 46 Z-ZV

Die Gebühr von 100,00 € gemäß § 46 Abs. 1 b Z-ZV ist auf das Konto der KZV Sachsen zu überweisen.

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

IBAN: DE28 3006 0601 0003 0929 84

BIC: DAAEDEDXXX

Verwendungszweck: Zulassungsantrag MVZ

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

## 9. Erklärung

Es wird versichert, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen, insbesondere alle Gesellschafter/innen der Trägergesellschaft angegeben wurden.

An der Gesellschaft sind nur solche natürlichen und/oder juristischen Personen beteiligt, die zum Kreis der Gründungsberechtigten nach § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V gehören und in diesem Antragsformular benannt sind.

An der Gesellschaft sind keine stillen Gesellschafter/innen beteiligt.

Änderungen oder Ergänzungen werden vom Unterzeichner / von den Unterzeichnern der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses bei der KZV Sachsen unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitgeteilt.

Es ist bekannt, dass die vertragszahnärztliche Tätigkeit des MVZ auf den unter 1. genannten Sitz der Betriebsstätte beschränkt ist.

Die Abrechnung der vertragszahnärztlichen Leistung gegenüber der KZV Sachsen wird gemäß Vorgabe des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte und weiterer Rechtsvorschriften (u. a. SGB V, Satzung der KZV Sachsen) mittels EDV unter Verwendung von genehmigter Software durchgeführt.

Das MVZ und die einzelnen Mitglieder werden in den Verzeichnissen der KZV Sachsen geführt.

...

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift Gründer / Vertretungsberechtigter des MVZ

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift Gründer / Vertretungsberechtigter des MVZ

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift Gründer / Vertretungsberechtigter des MVZ

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift Gründer / Vertretungsberechtigter des MVZ

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift Gründer / Vertretungsberechtigter des MVZ

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift Gründer / Vertretungsberechtigter des MVZ