

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 als Vertragszahnarzt

1. Antragsteller (persönliche Angaben)

Titel, Vorname, Name:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Wohnanschrift:

.....

Telefon:

E-Mail:

2. Ich beantrage die Zulassung

für das Fachgebiet:

Beginn der Tätigkeit:

Praxisanschrift:

.....

(Die Korrespondenz über ein Postschließfach ist nicht möglich.)

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Es handelt sich um eine Praxisübernahme

ja, Name des Abgebers:

nein.

Die Praxis wird geführt als

Einzelpraxis

Berufsausübungsgemeinschaft (gesonderte Anträge)

Name der Partner:

Praxisgemeinschaft (Meldepflicht nach § 33 Z-ZV)

Name der Partner:

Häftige Beschränkung des Versorgungsauftrages nach § 19 a Z-ZV

3. Lückenlose Aufstellung der seit der Approbation 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

4. 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

5. 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.

6. Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen 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
- Berechtigung (Urkunde, Anerkennung) zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung liegt bei, beziehungsweise ist im Zahnarztregister eingetragen.
- Bestätigung der KZV über den letzten nachgewiesenen fünfjährigen Fortbildungszyklus nach § 95 d SGB V (bei vorheriger Tätigkeit in einem anderen KZV-Bereich)

7. Einverständniserklärung

- Ich bin damit einverstanden, dass die KZV Sachsen nach erteilter Zulassung meine persönlichen Daten/Praxisdaten an die LZK Sachsen und das Versorgungswerk, übermittelt.
Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen werden kann.
- Ich bin damit einverstanden, dass über die Erteilung meiner Zulassung im Zahnärzteblatt Sachsen informiert wird (es werden Ihr Name und der Praxisort veröffentlicht).

8. Antragsgebühr

Die Gebühr von 100,00 Euro nach § 46 Abs. 1 b 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: Zulassung als Vertragszahnarzt

Hinweis: Nach rechtskräftiger Zulassung ist nach § 46 Abs. 2 a Z-ZV eine Gebühr von 400,00 Euro fällig.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift

Hinweis: Bitte beachten Sie das Formular „Erklärung zur Praxisausstattung für den Zugang zur Telematikinfrastruktur (TI)“. Dieses ist zusammen mit dem Antrag auf Zulassung bei der KZV Sachsen einzureichen.

Geschäftsbereich IT
Telefon 0351 8053-515
Telefax 0351 8053-481
E-Mail: IT@kzv-sachsen.de

Posteingang KZV Sachsen

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Erklärung zum Nachweis des eHBA und zur Praxisausstattung für den Zugang zur Telematikinfrastruktur (TI)

1. Antragsteller (persönliche Angaben)

Abrechnungsnummer:

Titel, Vorname, Name:

Praxisanschrift:

Telefon:

E-Mail:

2. Nachweis eZahnarztausweis (eHBA)

eHBA bestellt **oder**

eHBA ist aktiviert und freigeschaltet

Hinweis: Ein entsprechender Nachweis der Bestellbestätigung des Anbieters, bzw. eine Rechnung des Anbieters sind in Kopie vorzulegen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, den eZahnarztausweis zu besitzen, bzw. bestellt zu haben.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift

3. Praxisausstattung für den Zugang zur TI

Übernahme der Komponenten in der Praxis (z. B. bei Praxisübernahme)

Name des Überlassers:

weitere Nutzung der kompletten Technik (Konnektor, stationäres Kartenterminal), ohne SMC-B **oder**

weitere Nutzung der kompletten Technik (Konnektor, stationäres Kartenterminal), inkl. SMC-B

Hinweis: Bei Übernahme der Komponenten besteht Anspruch auf Fortzahlung der pauschalen Betriebskosten für Komponenten und ggf. der Pauschale für die SMC-B. Darüber hinaus werden die Kosten des laufenden Betriebs für die Fachanwendungen refinanziert.

Wird die Technik für die Telematikinfrastruktur neu erworben, so besteht Anspruch auf Refinanzierung der Erstausrüstung sowie des Praxisausweises (SMC-B).

Neuausstattung und Anbindung der Praxis an die TI notwendig

Ich verfüge über eine **Doppelzulassung** als Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.

Praxisausweis (SMC-B) über Kassenärztliche Vereinigung (**KV**) beantragt

Hinweis: Wird der Praxisausweis (SMC-B) über die Kassenärztliche Vereinigung beantragt, umfasst dieser einen erweiterten Zugriff auf die eGK (geschützte Bereiche).

Bitte beachten Sie:

Ein mobiles Kartenlesegerät inkl. Praxisausweis (SMC-B) wird erst nach erworbenem Anspruch (mind. 30 Besuchsfälle oder dem Abschluss mind. eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs.1 SGB V) refinanziert.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift