

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

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

Posteingang

Aufnahme der Tätigkeit in einer Zweigpraxis

Vertragszahnarzt

Abrechnungsnummer:

Titel, Vorname, Name:

Anschrift Hauptpraxis:

.....

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Ich zeige an, dass ich die vertragszahnärztliche Tätigkeit in meiner Zweigpraxis aufgenommen habe.

Anschrift Zweigpraxis:

.....

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Beginn der Tätigkeit:

Veröffentlichung von Praxisinformationen auf „Zahnärzte-in-Sachsen“

Auf der Website www.zahnaerzte-in-sachsen.de werden in der Rubrik „Zahnarztsuche“ die Praxisdaten jedes zugelassenen Zahnarztes (Name, Anschrift, Telefonnummer) veröffentlicht. Wenn Sie weitere Informationen Ihrer Praxis dort veröffentlichen möchten, füllen Sie bitte den Meldebogen „Veröffentlichung von Praxisinformationen auf Zahnärzte-in-Sachsen“ aus und reichen es zusammen mit diesem Formular bei der KZV Sachsen ein.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift / Praxisstempel

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

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

Posteingang

Veröffentlichung von Praxisinformationen auf „Zahnärzte-in-Sachsen“

Auf der Website www.zahnaerzte-in-sachsen.de werden in der Rubrik „Zahnarztsuche“ die Praxisdaten jedes zugelassenen Zahnarztes veröffentlicht.

(Hinweis: Standard ist mindestens die Veröffentlichung von Name, Praxisanschrift und Telefonnummer.)

Abrechnungsnummer:

Titel, Vorname, Name:

Praxisanschrift:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Praxis-Website:

Ich stimme der Veröffentlichung weiterer Praxisinformationen zu	ja	nein
Meine Telefaxnummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine E-Mail-Adresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Praxis-Website-Adresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachzahnarztbezeichnung/Tätigkeitsschwerpunkt (gem. Berufsordnung der LZK Sachsen; Urkunde / Nachweis bitte beilegen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Praxis ist barrierearm erreichbar (Informationen hierzu finden Sie unter www.kzbv.de → Zahnärzte → Rund um die Praxis → Checkliste „Barrierearme Praxis“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Praxisprechzeiten (wenn ja, bitte nachfolgend auflühren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Praxisprechzeiten	vormittags (Sprechzeit 1)	nachmittags (Sprechzeit 2)
Montag:		
Dienstag:		
Mittwoch:		
Donnerstag:		
Freitag:		
Weitere Hinweise:		

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift / Praxisstempel