



**4. Angaben des angestellten Zahnarztes** (vom angestellten Zahnarzt auszufüllen)

Titel, Vorname, Name: .....  
personenbezogene Zahnarzt Nummer: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....  
Staatsangehörigkeit: .....  
Wohnanschrift: .....  
.....  
Telefon: .....  
E-Mail: .....

**5. Ich beantrage die Erteilung der Genehmigung zur Tätigkeit als angestellter Zahnarzt**

für das Fachgebiet: .....  
Beginn der Tätigkeit: .....  
Name des Vertragszahnarztes / des MVZ: .....

**6. Lückenlose Aufstellung der seit der Eintragung in das Zahnarztregister ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten** (entfällt wenn Sie schon vertragszahnärztlich tätig waren)

in <b>unselbstständiger</b> Anstellung als Assistent, angestellter Zahnarzt oder Vertreter von – bis	bei Zahnarzt / Zahnklinik / Bundeswehr

**7. Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen des angestellten Zahnarztes 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 Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG (darf zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als ein halbes Jahr sein)  
wurde beantragt am ..... bei .....
- Kopie des Personalausweises

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

#### 8. 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

#### 9. 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.

#### 10. Einverständniserklärung

- Ich bin damit einverstanden, dass die KZV Sachsen nach erteilter Anstellungsgenehmigung meine persönlichen Daten/den Anstellungsstatus an die LZK Sachsen und die Zahnärzteeversorgung übermittelt.
- Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen werden kann.**

**Mir ist die Pflicht zur Teilnahme am zahnärztlichen Notfalldienst bekannt.**

**Ich bin über meine Pflicht zur fachlichen Fortbildung nach § 95 d SGB V informiert.**

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift