

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Geschäftsbereich Zulassung
Telefon 0351 8053-416
poststelle@kzv-sachsen.kim.telematik
zulassung@kzv-sachsen.de

Posteingang Geschäftsstelle

Antrag auf Zulassung als Vertragszahnarzt

1. Antragsteller (persönliche Angaben)

Titel, Vorname, Name:

personenbezogene Zahnarzt Nummer: _ _ _ _ _

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:

Häufige 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 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
- 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)
- Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG über ausreichende Berufshaftpflichtversicherung nach § 95e SGB V

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 habe ich am auf das Bankkonto der KZV Sachsen bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank 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 „Mitteilung zum Nachweis des eHBA und zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI)“. Dieses ist zusammen mit dem Antrag auf Zulassung bei der KZV Sachsen einzureichen.