

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen
Lyoner Str. 21
60528 Frankfurt/M.
Abteilung VZD
Telefon 069/6607-272
Telefax 069/6607-374
niederlassung@kzvh.de



Antrag auf Zulassung als Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt

1. Ich beantrage die Zulassung

als **ZA** **OCH*** **MKG*** **KFO***

* entsprechende Urkunden über die Gebietsbezeichnungen sind beizufügen (Originale oder beglaubigte Kopien)

Beginn der Tätigkeit:

Praxisanschrift:

Telefon:

Mobil:

Fax:

E-Mail:

2. Antragsteller/-in

Name/Vorname/Titel:

Geburtsort/-datum:

Staatsangehörigkeit:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon/Mobil:

E-Mail:

Es handelt sich um eine Praxisübernahme

Ja, Name der/des Abgebenden:

Nein.

Die Praxis wird geführt als

Einzelpraxis

Berufsausübungsgemeinschaft (gesonderte Verträge)
Name/-n der Partnerin/des Partners/der Partner

Praxisgemeinschaft (Meldepflicht nach § 33 Z-ZV),
Name/-n der Partnerin/des Partners/der Partner

mit hälftiger Zulassung nach § 19a Z-ZV (über 10 Wochenstunden) Es handelt sich dabei um die zweite Teilzulassung

Hinweis: Im Rahmen einer Teilzulassung unter 20 Wochenstunden kann keine Genehmigung zur Beschäftigung einer Vorbereitungsassistentin / eines Vorbereitungsassistenten erteilt werden.

3. Lückenlose Aufstellung der seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten
(entfällt, wenn Sie schon vertragszahnärztlich tätig waren und in Hessen im Zahnarztregister eingetragen sind)

in unselbstständiger Anstellung als Assistent/-in, angestellte/r Zahnärztin/Zahnarzt oder Vertreter/-in		bei Zahnärztin/Zahnarzt/ Zahnklinik/Bundeswehr
von	bis	

4. Erklärung zu derzeitigen Dienst- oder Beschäftigungsverhältnissen nach § 18 Abs. 2 Z-ZV

- Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis als bei
- Zugelassene Vertragszahnärztin/
zugelassener Vertragszahnarzt
- Zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen
Versorgung ermächtigte Zahnärztin/
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, 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 der etwaigen Beendigung ergeben nach § 18 Abs. 2 Z-ZV

Amtliches Führungszeugnis, ggf. Belegnachweis zur Beantragung eines behördlichen Führungszeugnisses nach § 30 Abs. 5 BZRG (darf zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate sein)

wurde beantragt am bei

Die Berechtigung (Urkunde, Anerkennung) zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung liegt bei oder ist im Zahnarztregister eingetragen.

Bei vorheriger Tätigkeit in einem anderen KZV-Bereich eine Bestätigung der KZV über den letzten nachgewiesenen fünfjährigen Fortbildungszyklus nach § 95d SGB V beilegen.

7. Antragsgebühr

Die Antragsgebühr in Höhe von 100,00 EUR für den Antrag auf Zulassung gem. § 46 Abs. 1b Z-ZV habe ich am auf das Konto der Postbank Frankfurt am Main, IBAN: DE79 5001 0060 0184 3036 09, BIC: PBNKDEFF, KZV Hessen, Lyoner Str. 21, 60528 Frankfurt überwiesen.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift

**Beantragung eines Führungszeugnisses der Belegart O
zur Vorlage bei einer Behörde**

Daten des Antragstellers:

Anrede: Frau Herr Titel:

Vorname: Name:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Ich beantrage ein Führungszeugnis zur Vorlage beim Zulassungsausschuss für Zahnärzte, da

ein Zulassungsantrag gestellt

oder

für mich die Genehmigung als angestellte Zahnärztin/angestellter Zahnarzt beantragt wurde.

Vor diesem Hintergrund bitte ich um Zusendung an nachfolgende Anschrift:

**KZV Hessen
Zulassungsausschuss für Zahnärzte
Lyoner Str. 21
60528 Frankfurt am Main**

Ort, Datum

Unterschrift