

Abrechnungsstempel

Hiermit beantrage ich,

- bei Berufsausübungsgemeinschaften bitte Name der/des beantragenden Praxisinhaberin/Praxisinhabers angeben;
- bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) bitte Name der/des Leiterin/Leiters angeben.

Die/Der Assistent(in) wird der/dem oben genannten Praxisinhaberin/Praxisinhaber bzw. der/dem Leiterin/Leiter des MVZ zugeordnet.

die Genehmigung zur Beschäftigung der/s Assistentin/en / Vertreterin/s

Frau / Herrn _____

für die Zeit vom _____

bis _____

ganztags

halbtags

Ich versichere, dass die/der Zuständige für die Ausbildung mindestens 20 Wochenstunden tätig ist.

1. zur Ableistung der **Vorbereitungszeit** für die vertragszahnärztliche Tätigkeit

Für den Fall, dass die persönliche Anleitung in der Ausbildung auf eine(n) angestellte(n) Zahnärztin/Zahnarzt delegiert wird, so ist diese(r) nachfolgend namentlich zu benennen:

Name, Vorname

2. als **Entlastungsassistent(in)** zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung

3. als **Weiterbildungsassistent(in)**

4. als **Vertretung**

5. als **Assistent(in)**

Begründung Antragsteller(in):

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller(in)

Anlage: Approbationsurkunde des Assistenten (Original oder beglaubigte Kopie)

Angaben Assistent(in) / Vertreter(in)

Name, Titel: _____

Vorname: _____ Geburtsname: _____

Geb. am: _____ Geb. in: _____

Staatsangehörigkeit: _____

PLZ / Wohnort: _____

Straße / Haus-Nr.: _____

E-Mail: _____ Tel.: _____

Approbation am: _____ erteilt durch: _____

Lückenlose Aufstellung über die zahnärztliche Tätigkeit in zeitlicher Reihenfolge

von	bis	Art der Tätigkeit	wo/Ort	bei wem

Ort/Datum

Unterschrift Assistent(in) / Vertreter(in)

Wichtig: Die Aufstellung über die zahnärztliche Tätigkeit seit dem Staatsexamen muss in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge erfolgen. Auch zahnärztliche Tätigkeit bei der Bundeswehr, in Kliniken, Instituten usw., als Vertreter von Zahnärzten, sowie frühere vertragszahnärztliche Tätigkeiten sind anzugeben.