

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der  
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen  
Lyoner Str. 21  
60528 Frankfurt/M.  
Abteilung VZD  
Telefon 069/6607-392 + 385  
Telefax 069/6607-374  
zulassungsausschuss@kzv.de

Eingang Geschäftsstelle

**Antrag auf Reduzierung der Zulassung (§ 19a Z-ZV)**

(bei bereits vorhandener Zulassung als Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt)

**Antragsteller/-in:**

.....

Abrechnungsnummer:

.....

Name/Titel:

.....

Vorname:

.....

**Praxisanschrift**

PLZ/Ort:

.....

Straße:

.....

E-Mail:

.....

Telefon/Fax:

.....

**Ich erkläre hiermit, dass ich mich ab dem ..... auf die Hälfte meines Versorgungsauftrages beschränke (Teilzulassung über 10 Std.).**

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

**Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Antragsgebühr gem. § 46 Abs. 1c Zahnärzte-ZV in Höhe von 120,00 € vom Honorarkonto der Praxis abgebucht wird.**

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift/Praxisstempel