

Antrag auf Genehmigung zur Anstellung eines Zahnarztes

1. Antragsteller

Abrechnungsnummer:

Titel, Vorname, Name des Vertragszahnarztes oder Leiter des MVZ:

.....

Anschrift:

.....

Telefon:

E-Mail:

2. Antrag auf Anstellung von

Titel, Vorname, Name:

Fachgebiet / Tätigkeitsschwerpunkt:

.....

in Vollzeit (über 30 h pro Woche) oder

in Teilzeit (Teilzeitfaktor bitte ankreuzen)

0,25 (bis 10 h pro Woche)

0,50 (über 10 h pro Woche)

0,75 (über 20 h pro Woche)

Arbeitszeit pro Woche:

Beginn der Tätigkeit:

Der Arbeitsvertrag ist in der Anlage beigefügt.

Hinweis: Pflichtfortbildung nach § 95d SGB V

Der Vertragszahnarzt / das MVZ ist nachweisverpflichtet für die Fortbildung seiner/s
angestellten Zahnärztin/Zahnarztes.

3. Antragsgebühr

Gemäß § 46 Abs. 1c Zahnärzte-ZV wird für den Antrag des MVZ auf Genehmigung zur
Anstellung eines Zahnarztes im MVZ eine Gebühr in Höhe von 120,- € erhoben.

Darüber hinaus fallen nach § 46 Abs. 2c Zahnärzte-ZV weitere Gebühren in Höhe von
je 400,- € nach rechtskräftiger Anstellungsgenehmigung sowie nach Eintragung in das
Verzeichnis der angestellten Zahnärzte nach § 32 b Zahnärzte-ZV an.

Die jeweils fälligen Gebühren werden Ihnen zu gegebener Zeit in Rechnung gestellt.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben

.....
Ort, Datum

.....
Stempel / Unterschrift Antragsteller

Angaben zum angestellten Zahnarzt

1. Persönliche Angaben

Titel, Vorname, Name:

.....

Geburtsdatum: Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Wohnanschrift:

.....

Telefon: E-Mail:

2. Ich beantrage die Erteilung der Genehmigung zur Tätigkeit als angestellter ZA

für das Fachgebiet:

Beginn der Tätigkeit:

Name des Vertragszahnarztes / des MVZ:

.....

3. Voraussetzung zur Anstellung

Eintragung in das ZA-Register bereits eingetragen
(der Auszug ist vorzulegen)

Eintragung beantragt

bei der

Bezeichnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung

4. Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen des angestellten Zahnarztes bei

- Auszug aus dem Zahnarztregister
- tabellarischer Lebenslauf
- Nachweise über die ausgeübten Tätigkeiten seit der Eintragung in das ZA-Register
- behördliches Führungszeugnis nach § 30 Abs.5 BZRG
(darf zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate sein)
wurde beantragt am: bei:
- Kopie des Personalausweises
- Berechtigung (Urkunde, Anerkennung) zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung
- bei vorheriger Tätigkeit in einem anderen KZV-Bereich, eine Bestätigung der KZV über den letzten nachgewiesenen fünfjährigen Fortbildungszyklus (nach § 95 d SGB V)

5. Erklärung zu derzeitigen Dienst- oder Beschäftigungsverhältnissen nach § 18 Abs. 2 Zahnärzte-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 fortgeführt.
- ohne Dienst. / Beschäftigungsverhältnis

6. Erklärung über Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nach § 18 Abs. 2 Zahnärzte-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.

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

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

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift angestellter Zahnarzt

Einverständniserklärung zur Weitergabe von Zulassungs-, Niederlassungs- und Tätigkeitsdaten an die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Abs.: _____

Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vom Zulassungsausschuss gefasste Beschlüsse (z.B. zur Zulassung, zur Beendigung der Zulassung, zur Verlegung des Praxissitzes, zur Beendigung von Berufsausübungsgemeinschaften, zur Genehmigung der Beschäftigung von angestellten Zahnärzten bzw. deren Beendigung) an die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt übermittelt.

Des Weiteren erklären wir unser Einverständnis, dass vom Vorstand der KZV erteilte Genehmigungen (z.B. für Zweigpraxen, die Beschäftigung von Assistenten oder Vertretern) sowie Mitteilungen zu Unterbrechungen von Tätigkeiten (z.B. wegen Schwangerschaft, Elternzeit oder sonstigen Gründen) und Beendigungen von Tätigkeiten, sowie Änderungen persönliche Daten (z.B. Namensänderungen, Änderung der Privatadresse, Titel) an die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt übermittelt werden.

Diese Einverständniserklärung ersetzt nicht Ihre **persönliche Pflicht**, die Zahnärztekammer unmittelbar selbst über die o. g. Sachverhalte zu informieren.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel / Unterschrift Leiter des MVZ

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift angestellter Zahnarzt