



Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

-Körperschaft des öffentlichen Rechts-



- **Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses** -

Antrag auf Genehmigung eines angestellten Zahnarztes

Hiermit wird die Genehmigung eines angestellten Zahnarztes ab _____
 ganztags Teilzeit / Wochenstd. _____ beantragt

Antragsteller/Vertragszahnarzt

Titel, Name, Vorname: _____

Praxisanschrift: _____

Abrechnungsnummer: _____

Anzustellender Zahnarzt

Titel, Name, Vorname: _____
(ggf. Geburtsname, falls dieser abweicht)
Vorname _____

Geburtsdatum, -ort und -land: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Wohnort/Postanschrift/Tel.: _____

Datum Approbation als ZA: _____

Datum der Promotion(en): _____
bzw. Titel, der in der Bundesrepublik geführt werden darf

Sind oder waren Sie in einem Register eingetragen? _____
(Zeitraum mit Angabe der KZV) _____

Gemäß § 46 ZV-Zahnärzte wird ab 01.01.2007 für den Antrag auf Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes eine Gebühr in Höhe von 120,00 € erhoben. Darüberhinaus fallen weitere Gebühren an (je 400,-€ nach Erteilung der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss, sowie nach Eintragung in das Verzeichnis der angestellten Zahnärzte nach § 32b ZV-Z), die Ihnen zu gegebener Zeit in Rechnung gestellt werden.

III. Erklärung

Wir versichern hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben, was auch für die lückenlose Aufstellung über die zahnärztliche Tätigkeit gilt. Der schriftliche Arbeitsvertrag über die Beschäftigung als angestellter Zahnarzt wird fristgemäß vorgelegt.

Ort, Datum

(Unterschrift Antragsteller)

(Unterschrift anzustellender Zahnarzt)

Erklärung des anzustellenden Zahnarztes

gemäß § 18 Abs. 2 Punkt 4 und 5 in Verbindung mit dem Antrag auf Genehmigung als an-gestellter Zahnarzt i. S. des § 32 b der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Zum Zeitpunkt der Beantragung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse und ggf. deren Beendigung sind der Antragstellung zu entnehmen.

Ich versichere, gemäß § 18 Abs. 2 Punkt 5 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder nicht innerhalb der letzten 5 Jahre gewesen bin.

Ich habe mich innerhalb der letzten 5 Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen.

Gesetzliche Hinderungsgründe stehen der Ausübung des zahnärztlichen Berufes nicht entgegen.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)