



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 _____

mit _____ Wochenstunden ganztags / Teilzeit 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. Darüber hinaus 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

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 Antragsteller

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift anzustellender Zahnarzt