



Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines/r Assistenten/in

Gemäß § 32 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte i. d. aktuellen Fassung beantrage ich hiermit die Genehmigung zur Beschäftigung eines/r Assistenten/in als

- * () **Ausbildungs- / Vorbereitungsassistent/in**
(mit beglaubigter Approbationsurkunde und ggf. Aufstellung über bereits absolvierte Vorbereitungsassistenzenzeiten unter Angabe des jeweiligen Beschäftigungsumfanges)
- * () **Weiterbildungsassistent/in**
(mit beglaubigter Approbationsurkunde und unter Vorlage der Weiterbildungsermächtigung)
- * () **Entlastungsassistent/in**
(mit beglaubigter Approbationsurkunde und der Begründung der Antragstellung)
- * () **Assistent mit Berufserlaubnis gem. § 13 Abs. 1 und 2 Zahnheilkundengesetz (ZHG)**
(mit beglaubigter Kopie der Berufserlaubnis)

für die Zeit **vom** _____ **bis** _____ in meiner Praxis.

*Beschäftigungsumfang: (Vollzeit) (Teilzeit) Wochenstunden: _____

(* Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Antragstellung erfolgt unter Vorlage der Kopie des **Arbeitsvertrages**.

Personalien des/r Assistenten/in :

Titel/Vorname/Familiennamen: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Privatanschrift: _____

Nur auszufüllen **bei einem zahnmedizinischen Studium im Ausland:**

Staat: _____ Lehreinrichtung/Universität: _____

Examen am: _____ ggf. Gleichwertigkeitsprüfung abgelegt am: _____

Antragsteller/ Praxisinhaber: _____
(Name und Abrechnungsnummer)

Beschäftigung weiterer Assistenten oder angestellter Zahnärzte:

Titel/Vorname/Familiennamen: _____

Titel/Vorname/Familiennamen: _____

.....
Ort, Datum

.....
Praxisstempel u. Unterschrift

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 Assistenten/in