



Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Sachsen-Anhalt  
Zulassung  
Doctor-Eisenbart-Ring 1  
39120 Magdeburg

## Abmeldung eines angestellten Zahnarztes

### Praxis

Abr. Nr.: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Der/Die bei mir/uns beschäftigte **angestellte/r Zahnarzt/Zahnärztin**

Titel: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

war/ist bis zum: \_\_\_\_\_ in meiner Praxis beschäftigt.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Vertragszahnarztes

.....  
Praxisstempel

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

Abs.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich erkläre mich 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 erkläre ich mein 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

.....  
Unterschrift