

Antrag

bitte gut leserlich ausfüllen

Abrechnungstempel

An den
**Zulassungsausschuss für Zahnärzte
bei KZV Nordrhein
40181 Düsseldorf**

auf Genehmigung zur Beschäftigung eines(r)

angestellten Zahnarztes / Zahnärztin

nach § 95 Abs.9 SGB V und § 32 b der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV)

Voraussichtlicher Beschäftigungsbeginn:

Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt:

Angaben zur Person des/der anzustellenden Zahnarztes/Zahnärztin (vom Arbeitgeber auszufüllen)

Titel; Name:

Vorname:Geburtsdatum/-ort:

PLZ/Ort:Straße/Hs.Nr.:

Staatsangehörigkeit:Approbationsdatum:

Telefon:..... Email:.....@.....

Registereintrag am: KZV-Bereich:

Beschäftigung weiterer bereits genehmigter angestellter Zahnärzte: (vom Arbeitgeber auszufüllen)
(ein Vertragszahnarzt kann zwei vollzeitbeschäftigte Zahnärzte bzw. bis zu vier teilzeitbeschäftigte Zahnärzte anstellen)

Name:Vorname:

Name:Vorname:

Name:Vorname:

Name:Vorname:

Gemäß § 13 Datenschutzgesetzes NRW weisen wir darauf hin, dass Ihre personenbezogenen Daten gespeichert und weiterverarbeitet werden.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass sowohl die bei Antragstellung gemäß § 46 Abs. 1 Buchstabe c) Zahnärzte-ZV anfallende Antragsgebühr über 120 € als auch die nach rechtskräftiger Genehmigung des angestellten Zahnarztes gemäß § 46 Abs. 2 Buchstabe c) fällige Verwaltungsgebühr in Höhe von 400 € von meinem Honorarkonto einbehalten wird.

Ort/Datum

Unterschrift des Praxisinhabers

**Unterschrift des anzustellenden
Zahnarztes**

Abrechnungsstempel

Neben den zu entrichtenden Gebühren sind folgende Unterlagen dem Antrag beigelegt:

- Antrag auf Eintragung ins Zahnarztregister
- Formular Erklärung (Anlage 2 zum Antrag)
- Tabellarischer Lebenslauf (vollständig und mit Unterschrift versehen)
- Arbeitsvertrag
- ein behördliches Führungszeugnis der Belegart „O“ zur Vorlage bei einer Behörde wurde am beantragt
- Anlage 1 zum Antrag (lückenlose Aufstellung der bisherigen zahnärztlichen Tätigkeit)

Anlage 1 (zum Antrag auf Genehmigung als angestellter Zahnarzt)

**Lückenlose Aufstellung über die zahnärztlichen Tätigkeiten
-in zeitlicher Reihenfolge-**

von TT MM JJ	bis TT MM JJ	In Praxis / Einrichtung	Art der Tätigkeit

Formular bitte gut leserlich und vollständig ausfüllen

Anlage 2 (zum Antrag auf Genehmigung als angestellter Zahnarzt)

Name, Vorname: _____

ERKLÄRUNG

- Hiermit gebe ich die Erklärung ab, dass ich zum Zeitpunkt dieser Bewerbung in keinem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe.
- Folgendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis besteht:
- das Dienst-oder Beschäftigungsverhältnis besteht in Höhe von.....Stunden (Anzahl)
 - das Dienst-oder Beschäftigungsverhältnis ist bereits gekündigt, bzw. wurde eine Stundenänderung entsprechend beantragt

- Mir ist bekannt, dass im Falle eines bereits genehmigten **Anstellungsverhältnisses** ggf. die „Abmeldung“ oder „Reduzierung“ meiner Tätigkeit durch den Arbeitgeber beim Zulassungsausschuss beantragt werden muss bzw. meine genehmigte Assistententätigkeit als Vorbereitungsassistent/in **immer** bei der jeweiligen KZV abgemeldet werden muss.

ERKLÄRUNG

gem. § 18 Abs. 2 e der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Erkläre ich, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin bzw. innerhalb der letzten fünf Jahre nicht drogen- oder alkoholabhängig war und mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterziehen musste.

Gesetzliche Hinderungsgründe stehen der Ausübung des zahnärztlichen Berufes nicht entgegen.

Ort und Datum

Unterschrift

Name:

ABR. Nr.

detaillierte Arbeitszeiten * des anzustellenden Zahnarztes am Hauptsitz der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft/Vertragszahnarztpraxis

Adresse:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
vormittags						
nachmittags						

detaillierte Arbeitszeiten * der anzustellenden Zahnärztin an einem weiteren Vertragszahnarztstz im Rahmen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft/ am Sitz der Zweigpraxis

Adresse:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
vormittags						
nachmittags						

* Bitte jeweils die Uhrzeiten von-bis angeben

Unterschrift:
(Praxisinhaber)

Unterschrift:
(Angestellte/r)