

Antrag auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit

Zulassungsausschuss Niedersachsen
für die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit
Zeißstraße 11
30519 Hannover

Hiermit beantrage ich die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit (§ 95 Abs. 3 SGB V i.V.m. §§ 18,19,19a Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte [Zahnärzte-ZV]).

1	Name und Privatanschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers Kontaktdaten (E-Mail, Telefon)	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Zahnarztnummer: _____ _____ Titel, Nachname, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ Telefon/Handy _____ E-Mail
2	Praxisanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	_____ Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort
3	Zulassung zum (konkretes Datum)	
4	Umfang des Versorgungsauftrags	<input type="checkbox"/> Vollzulassung <input type="checkbox"/> Teilzulassung
5	Zulassung für die Gebietsbezeichnung Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6	Tätigkeit in Praxisgemeinschaft mit	
7	Tätigkeit in Berufsausübungsgemeinschaft mit	
8	Ich bin bereits im Zahnarztregister eingetragen Ich besitze aktuell eine Vollzulassung Teilzulassung Ich beabsichtige eine weitere Zulassung zu beantragen Vertragszahnarztsitz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein KZV-Bereich: _____ <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein KZV-Bereich: _____ <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein in: _____ zum: _____

Antrag auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit

9	Auszug aus dem Zahnarztregister
10	unterschiedener Lebenslauf
11	polizeiliches Führungszeugnis (Belegart 0)
12	Bescheinigungen der KZVen über die bisherigen Zulassungen / Niederlassungen (§ 18 Abs. 2 Nr. 3 Zahnärzte-ZV)
13	<p>Aktuelle Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nach § 95e SGB V</p> <p>Einwilligung in die Weitergabe von Sozialdaten an die Zahnärztekammer Niedersachsen Ich bin damit einverstanden, dass eine Kopie der beim Zulassungsausschuss eingereichten Bescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG i.V.m. § 95e SGB V über das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes an die Zahnärztekammer Niedersachsen weitergegeben wird.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
14	<p>Erklärungen</p> <p>§ 18 Abs. 2 Nr. 4 Zahnärzte-ZV Hiermit erkläre ich, dass ich zum Beginn der beantragten Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> weder in einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe und somit in der Lage bin, die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzunehmen.</p> <p><input type="checkbox"/> in einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe, welches ich frühestmöglich zum _____ beende. Nach Ablauf dieses Zeitraumes bin ich in der Lage, die vertragszahnärztliche Tätigkeit, wie beantragt, aufzunehmen.</p> <p>§ 18 Abs. 2 Nr. 5 Zahnärzte-ZV Hiermit erkläre ich, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder in den letzten fünf Jahren gewesen bin. Innerhalb der letzten fünf Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Gesetzliche Hinderungsgründe stehen der Ausübung meines zahnärztlichen Berufs nicht entgegen.</p>
16	<p>Einwilligung in die Veröffentlichung</p> <p>Veröffentlichung des Namens und des Niederlassungsortes im Mitteilungsblatt der KZVN <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Veröffentlichung des Namens und des Praxissitzes auf der Internetseite der KZVN <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
17	<p>Zulassungsgebühr</p> <p>Deutsche Apotheker- und Ärztekammer Hannover IBAN DE14 3006 0601 0101 1117 36 BIC DAAEDEDXXX Die Antragsgebühr in Höhe von EUR 100,00 EUR wurde am _____ überwiesen. Die weitere Verwaltungsgebühr von 400,00 EUR nach unanfechtbar gewordener Zulassung wird vom Abrechnungskonto abgebucht.</p>

Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers