

**Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)  
zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit**

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

Hiermit wird die Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit beantragt (§ 95 Abs. 1a SGB V i.V.m. § 18 Zulassungsverordnung für Vertrags Zahnärzte [Zahnärzte-ZV]).

<b>Allgemeine Angaben zum MVZ</b>			
1	Name des MVZ		
2	Zulassung zum (konkretes Datum)		
3	Praxisanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
<b>Angaben zur Trägergesellschaft</b> (Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt verwenden)			
4	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">Gesellschafterinnen und Gesellschafter der Trägergesellschaft</td> <td> <input type="checkbox"/> a) <b>Vertragsärztin / Vertragsarzt</b>                      1. _____                         Titel, Name, Vorname                       2. _____                         Titel, Name, Vorname   <input type="checkbox"/> b) <b>Vertragszahnärztin / Vertragszahnarzt</b>                      1. _____                         Titel, Name, Vorname                       2. _____                         Titel, Name, Vorname                       3. _____                         Titel, Name, Vorname   <input type="checkbox"/> c) <b>Zugelassenes Krankenhaus</b>                         weitere Angaben sind unter Zf. 11 bis 14 einzutragen                          _____                         Name des Krankenhauses                          _____                         Anschrift   <input type="checkbox"/> d) <b>Gemeinnütziger Träger</b>                         weitere Angaben sind unter Zf. 11 bis 14 einzutragen   <input type="checkbox"/> e) <b>Kommune</b>                          _____                         Name der Kommune                 </td> </tr> </table>	Gesellschafterinnen und Gesellschafter der Trägergesellschaft	<input type="checkbox"/> a) <b>Vertragsärztin / Vertragsarzt</b> 1. _____ Titel, Name, Vorname  2. _____ Titel, Name, Vorname  <input type="checkbox"/> b) <b>Vertragszahnärztin / Vertragszahnarzt</b> 1. _____ Titel, Name, Vorname  2. _____ Titel, Name, Vorname  3. _____ Titel, Name, Vorname  <input type="checkbox"/> c) <b>Zugelassenes Krankenhaus</b> weitere Angaben sind unter Zf. 11 bis 14 einzutragen  _____ Name des Krankenhauses  _____ Anschrift  <input type="checkbox"/> d) <b>Gemeinnütziger Träger</b> weitere Angaben sind unter Zf. 11 bis 14 einzutragen  <input type="checkbox"/> e) <b>Kommune</b>  _____ Name der Kommune
Gesellschafterinnen und Gesellschafter der Trägergesellschaft	<input type="checkbox"/> a) <b>Vertragsärztin / Vertragsarzt</b> 1. _____ Titel, Name, Vorname  2. _____ Titel, Name, Vorname  <input type="checkbox"/> b) <b>Vertragszahnärztin / Vertragszahnarzt</b> 1. _____ Titel, Name, Vorname  2. _____ Titel, Name, Vorname  3. _____ Titel, Name, Vorname  <input type="checkbox"/> c) <b>Zugelassenes Krankenhaus</b> weitere Angaben sind unter Zf. 11 bis 14 einzutragen  _____ Name des Krankenhauses  _____ Anschrift  <input type="checkbox"/> d) <b>Gemeinnütziger Träger</b> weitere Angaben sind unter Zf. 11 bis 14 einzutragen  <input type="checkbox"/> e) <b>Kommune</b>  _____ Name der Kommune		

**Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)  
zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit**

**Angaben zur Trägergesellschaft**

(Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt verwenden)

5	Rechtsform der Trägergesellschaft des MVZ	<input type="checkbox"/> Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) <input type="checkbox"/> GbR als Partnerschaftsgesellschaft (PartG) <input type="checkbox"/> Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)  <b>Geschäftsführerin/Geschäftsführer:</b>  1. _____ Titel, Name, Vorname  2. _____ Titel, Name, Vorname  3. _____ Titel, Name, Vorname  <input type="checkbox"/> Eingetragene Genossenschaft  <b>Vorstand:</b>  1. _____ Titel, Name, Vorname  2. _____ Titel, Name, Vorname  3. _____ Titel, Name, Vorname  <input type="checkbox"/> Öffentlich-rechtliche Rechtsform (bei Kommunen)  _____ Rechtsform  _____ vertreten durch
6	Name der Trägergesellschaft des MVZ	
7	Anschrift der Trägergesellschaft (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)  Kontaktdaten (E-Mail, Telefon)	

**Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)  
zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit**

**Erklärung zu den Gesellschafterinnen und Gesellschaftern der Trägergesellschaft**

8 Hiermit erklären wir, alle Gesellschafterinnen und Gesellschafter der Trägergesellschaft angegeben zu haben. An der Gesellschaft sind nur diejenigen natürlichen und/oder juristischen Personen beteiligt, die in diesem Antragsformular benannt sind. An der Trägergesellschaft sind keine stillen Gesellschafterinnen und Gesellschafter beteiligt.

Unterschriften der Geschäftsführung der Trägergesellschaft (bei einer Trägergesellschaft in Rechtsform einer GbR oder PartG haben alle Gesellschafterinnen und Gesellschafter zu unterzeichnen)

\_\_\_\_\_

Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_

Unterschrift

**Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)  
zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit**

**Angaben zu den im MVZ tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzten**

(Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt verwenden)

9	Im MVZ sind tätig	<p><b>Zugelassene Zahnärztinnen/Zahnärzte:</b></p> <p>1. _____          Titel, Name, Vorname <span style="float:right">Zahnarztnummer</span></p> <p>_____</p> <p>Vollzulassung / Teilzulassung</p> <p>2. _____          Titel, Name, Vorname <span style="float:right">Zahnarztnummer</span></p> <p>_____</p> <p>Vollzulassung / Teilzulassung</p> <p>3. _____          Titel, Name, Vorname <span style="float:right">Zahnarztnummer</span></p> <p>_____</p> <p>Vollzulassung / Teilzulassung</p> <p><b>Angestellte Zahnärztinnen/Zahnärzte</b></p> <p>1. _____          Titel, Name, Vorname</p> <p>_____</p> <p>Wochenstunden <span style="float:right">Zahnarztnummer</span></p> <p>2. _____          Titel, Name, Vorname</p> <p>_____</p> <p>Wochenstunden <span style="float:right">Zahnarztnummer</span></p> <p>3. _____          Titel, Name, Vorname</p> <p>_____</p> <p>Wochenstunden <span style="float:right">Zahnarztnummer</span></p> <p>4. _____          Titel, Name, Vorname</p> <p>_____</p> <p>Wochenstunden <span style="float:right">Zahnarztnummer</span></p> <p>5. _____          Titel, Name, Vorname</p> <p>_____</p> <p>Wochenstunden <span style="float:right">Zahnarztnummer</span></p>
10	Medizinische Leitung übernimmt	

**Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)  
zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit**

**Angaben zur Gesellschafterin der Trägergesellschaft [siehe 04 lit c) + d)]**

11	Rechtsform - der Krankenhausgesellschaft (Krankenhausträger) oder - des gemeinnützigen Trägers	
12	Name - der Krankenhausgesellschaft oder - des gemeinnützigen Trägers	
13	Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) - der Krankenhausgesellschaft oder - des gemeinnützigen Trägers	
14	Geschäftsführung - der Krankenhausgesellschaft oder - des gemeinnützigen Trägers	

**Mögliche Kooperationsform des MVZ**

15	Tätigkeit des MVZ in Praxisgemeinschaft mit	
16	Tätigkeit des MVZ in Berufsausübungsgemeinschaft mit	

**Einwilligung in die Veröffentlichung**

17	Veröffentlichung des MVZ mit Namen und Niederlassungsort im Mitteilungsblatt der KZVN	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
18	Veröffentlichung des MVZ mit Namen und Praxissitz auf der Internetseite der KZVN	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Einwilligung in die Weitergabe von Sozialdaten an die Zahnärztekammer Niedersachsen**

19	Ich/Wir sind 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. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
----	---	--

**Zulassungsgebühr**

20	Zahlung der Zulassungsgebühr	Deutsche Apotheker- und Ärztekammer Hannover IBAN DE14 3006 0601 0101 1117 36 BIC DAAEDEDXXX Die Antragsgebühr in Höhe von 100,00 EUR wurde am _____ überwiesen. Die weitere Verwaltungsgebühr von 400,00 EUR nach unanfechtbar gewordener Zulassung wird vom Abrechnungskonto abgebucht.
----	------------------------------	--

**Folgende Unterlagen werden mit diesem Antrag eingereicht:**

**21 Berufshaftpflichtversicherung**

- Aktuelle Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutz nach § 95e SGB V (wird vom Versicherer ausgestellt)

**Unterlagen für die Gesellschafterinnen und Gesellschafter**

Bei zugelassenen Ärztinnen oder Ärzten sowie bei zugelassenen Zahnärztinnen oder Zahnärzten:

- Auszug aus dem (Zahn)Arztregister

Bei einem Krankenhaus

- Nachweis der Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes
- Versorgungsvertrag gemäß § 109 SGB V
- Genehmigung der Landesbehörde gemäß § 109 Abs. 3 Satz 2 SGB V
- Gesellschaftsvertrag der Krankenhausgesellschaft (bei GbR)
- Auszug aus dem Handelsregister der Krankenhausgesellschaft (bei juristischer Person)
- Auszug aus dem Handelsregister der Komplementärin, wenn es sich bei der Krankenhausgesellschaft um eine Kommanditgesellschaft handelt und die Komplementärin selbst eine juristische Person ist (z.B. GmbH & Co. KG)

Bei einem gemeinnützigen Träger

- Nachweis über die Berechtigung zur vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringung (Zulassung oder Ermächtigung)
- Auszug aus dem öffentlichen Register, soweit vorhanden

**Unterlagen für die Trägergesellschaft, die geführt wird**

als GbR

- Gesellschaftsvertrag

als Partnerschaftsgesellschaft

- Partnerschaftsvertrag
- Auszug aus dem Partnerschaftsregister

als GmbH

- Satzung/Gesellschaftsvertrag
- Auszug aus dem Handelsregister
- Gesellschafterliste
- Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung

als eingetragene Genossenschaft

- Satzung
- Auszug aus dem Genossenschaftsregister
- Ausdruck der Mitgliederliste

**Anträge für alle im MVZ tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte, sowie die entsprechenden Unterlagen dazu, müssen mit dem Antrag auf Zulassung des MVZ eingereicht werden.**

- Vollständiger Antrag auf Zulassung der Zahnärztin / des Zahnarztes
- Antrag auf Verlegung der Zulassung in das MVZ, wenn noch nicht an diesem Ort niedergelassen
- Vollständiger Antrag auf Anstellung im MVZ
- Vereinbarung über die Weisungsfreiheit der medizinischen Leitung in medizinischen Fragen, wenn die medizinische Leiterin oder der medizinische Leiter angestellt ist

**Unterlagen für eine Kooperation des MVZ mit anderen MVZ oder Vertragszahnärztinnen bzw. Vertragszahnärzten**

- Gesellschaftsvertrag bei einer Berufsausübungsgemeinschaft
- Antrag auf Genehmigung der BAG

**Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)  
zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit**

**Unterschriften der Geschäftsführung der Trägergesellschaft  
(bei einer Trägergesellschaft in Rechtsform einer GbR oder PartG haben alle Gesellschafterinnen  
und Gesellschafter zu unterzeichnen)**

Ich erkläre, dass alle Angaben wahrheitsgemäß erteilt wurden. Alle, mit diesem Formular angeforderten Unterlagen und Verträge habe ich dem Zulassungsausschuss Niedersachsen vorgelegt. Es existieren keine mündlichen oder schriftlichen Absprachen, mit denen neue Regelungen in diesen Verträgen geschaffen oder bestehende Regelungen abgeändert oder aufgehoben werden.

Mir ist bekannt, dass ich jede Änderung in der Trägergesellschaft (insbesondere Gesellschafterwechsel, Änderung der Gesellschaftsform, Wechsel in der Geschäftsführung, Änderung der Geschäftsanschrift) und jede Änderung im MVZ (insbesondere bezogen auf die medizinische Leitung oder Tätigkeit von Zahnärztinnen und Zahnärzten) unverzüglich dem Zulassungsausschuss Niedersachsen anzuzeigen habe.

Mir ist bekannt, dass ich bezüglich der Einwilligung in die Veröffentlichung im Mitteilungsblatt und auf der Internetseite der KZVN und der Weitergabe des Berufshaftpflichtversicherungsnachweises an die ZKN ein Widerrufsrecht habe, von dem ich jederzeit Gebrauch machen kann.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift